Bureau du coroner

Rapport annuel 1999

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé
par le Bureau du coroner

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1500 D, boulevard Charest Ouest
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal — 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-551-19361-3
ISSN : 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2000

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du coroner en chef couvrant les activités du Bureau du coroner du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999.

Ce rapport est le quatorzième déposé en vertu de la **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.**

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Sécurité publique,

Serge Ménard

Sainte-Foy, juin 2000

101-01355/

Monsieur Serge Ménard
Ministre de la Sécurité publique
2 525, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous transmettre le treizième rapport annuel des activités du Bureau du coroner.

Ce rapport couvre les activités du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef,

Pierre Morin

Sainte-Foy, juin 2000

Table des matières

Introduction 9

Le mandat du coroner 9

Le coroner investigateur 9

Le coroner enquêteur 9

La liste des coroners 10

Les activités du coroner 13

Les faits marquants de l'année 1999 13

Les investigations 18

Les décès signalés aux coroners 18

Délai entre le signalement d'un décès et le rapport d'investigation du coroner 19

Les autopsies et les examens de laboratoire 19

Les enquêtes 21

Les recommandations et leur traitement 24

Le mandat du Bureau du coroner 25

L'organigramme 26

L'état des dépenses 27

Coroner en chef 28

Secteur de la prévention 28

Secteur des communications 29

Secteur juridique 29

Coroner en chef adjoint 30

Service à la clientèle 30

Analyse et codification des dossiers 30

Direction de l'administration 31

Ressources humaines 31

Ressources informatiques 31

Ressources financières, matérielles et immobilières 31

Les Morgues et les transporteurs 31

Les réalisations en 1999 32

Les orientations pour 2000-2001 34

Bilan statistique - 1998
La classification statistique des décès survenus au Québec en 1998 et ayant fait l'objet d'une investigation 36

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge 37

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès et la région administrative de l'événement 38

Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge 40

Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé 40

Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail 42

Liste des tableaux et figures

Figure I.0
Les décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec, 1999 **18**

Figure I.1
Évolution des décès signalés aux coroners de 1992 à 1999 **18**

Figure I.2
Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 1999 **18**

Tableau I.3
Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison justifiant leur intervention, 1999 **19**

Tableau I.4
État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 1999 **19**

Tableau 2.0
Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution, 1998 et 1999 **20**

Tableau 3.0
Enquêtes ordonnées en 1999 **22**

Tableau 3.1
Enquêtes ordonnées avant 1999 et terminées en 1999 **23**

Tableau 4.0
Répartition des rapports de coroners transmis en 1999 contenant des recommandations, selon la catégorie de décès **24**

Tableau 5.0
Effectif autorisé en 1998-1999 selon la catégorie d'emploi **25**

Tableau 5.1
État des dépenses pour les exercices 1995-1996 à 1999-2000 **27**

Tableau 6.0
Répartition des demandes de copies conformes, selon la provenance, 1999 **30**

Tableau 7.0
État des rapports d'investigation relatifs aux décès survenus en 1998 **36**

Tableau et figure 7.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, 1998 **36-37**

Tableau 8.0
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge, Québec, 1998 **37**

Tableau 8.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement, Québec, 1998 **38**

Tableau 8.2
Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge, 1998 **40**

Tableau 8.3
Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé, Québec, 1998 **41**

Tableau 8.4
Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail, Québec, 1998 **42**

Introduction

Ce document se compose d'une première partie consacrée aux activités des coroners et à celles du Bureau du coroner en 1999. La seconde partie présente les statistiques consolidées de l'année précédente, soit 1998.

De plus, le Bureau du coroner a publié le **Répertoire des recommandations des coroners 1999,** qui est mis à la disposition de quiconque en fait la demande. Il est à noter que, pour la première fois, ce document fait part du taux de succès quant à l'application des recommandations formulées.

Le mandat du coroner

La **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès** (ci-après appelée la Loi) donne compétence au coroner, en tant qu'officier public, sur tout décès survenu au Québec, de même que sur l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans des circonstances obscures ou violentes. Il a également compétence dans tous les cas où le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec.

Lorsqu'il est avisé d'un décès, le coroner a pour fonction de répondre aux questions suivantes :

- Qui est décédé ?
- Où et quand cette personne est-elle décédée ?
- De quoi est-elle décédée (maladies, traumatismes, etc.) ?
- Dans quelles circonstances est-elle décédée ?

S'il le juge opportun, à l'occasion de tout décès pour lequel il reçoit un avis, le coroner peut faire des recommandations visant une meilleure protection de la vie humaine.

Un des aspects fondamentaux de la Loi est que le coroner ne peut jamais se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Les coroners enquêteurs permanents et à temps partiel relèvent directement du coroner en chef, tandis que les coroners investigateurs permanents et à temps partiel sont regroupés sous la direction du coroner en chef adjoint, lui-même relevant du coroner en chef.

La clientèle du Bureau du coroner est constituée principalement de la famille et des proches des personnes décédées dans des circonstances obscures ou violentes.

Le coroner investigateur

La Loi prévoit les types de décès qui doivent obligatoirement être signalés au coroner. Ainsi, outre les décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, tels les accidents, le coroner examine obligatoirement le décès d'une personne qui survient dans un centre de travail adapté, un poste de police, un centre de détention, un pénitencier, une famille d'accueil, une garderie ou dans un lieu qui accueille des gens en cure fermée. Il a également le mandat d'examiner certains décès liés à des causes naturelles lorsque ces causes ou les circonstances du décès soulèvent des questions, et cela pour une meilleure protection de la vie humaine.

Dans tous les cas où le coroner est avisé d'un décès, il doit y avoir une investigation, complétée par la rédaction d'un rapport déposé au Service des archives du Bureau du coroner. Ce rapport est public et accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

Le coroner dispose, pour remplir son mandat, d'un certain nombre de moyens tels des examens, des autopsies, des analyses ou des expertises. Il peut également avoir recours à la saisie d'objets ou de documents, à l'interdiction d'accès au lieu d'un décès, de même qu'il a le pouvoir de requérir, de la part des différents services de police exerçant des pouvoirs au Québec, des enquêtes ou compléments d'enquête. Il peut enfin, pendant ou à la suite de son investigation, recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

Le coroner en chef décide de l'ordonnance d'une enquête en tenant compte de la nécessité de recourir à l'audition de témoins pour obtenir les renseignements nécessaires, formuler des recommandations et informer le public. Il désigne le coroner qui présidera cette enquête. Une enquête peut enfin être instituée à la demande du ministre de la Sécurité publique.

Le coroner enquêteur

Le coroner enquêteur a les mêmes pouvoirs que le coroner investigateur, mais il peut de plus assigner des témoins, être assisté d'un procureur, voire d'un assesseur. Il peut même, dans certains cas, obtenir un mandat d'arrestation et de détention.

Au moment des auditions, le coroner doit informer les témoins de leur droit d'être protégés en vertu de l'article 5 de la **Loi sur la preuve au Canada**, relativement à toute question pouvant tendre à les

incriminer. Les témoins doivent répondre aux questions du coroner, sous peine d'outrage au tribunal.

La Loi prévoit la participation à l'enquête de personnes intéressées qui peuvent demander au coroner d'assigner des témoins, de les interroger, de même que les autres témoins entendus, et de faire connaître leur point de vue au coroner.

L'enquête est publique; toutefois, le coroner doit interdire la prise de photos, de croquis, de films, la radiodiffusion et la télédiffusion durant les audiences.

Pour protéger toutes les personnes âgées de moins de 18 ans et, dans certains cas, pour protéger l'intérêt public ou la vie privée, la réputation ou le droit à un procès juste et équitable pour une personne impliquée dans un décès, le coroner peut, d'office ou sur demande, interdire la diffusion ou la publication de certaines informations.

Sauf exception, lorsqu'une personne fait l'objet d'une poursuite criminelle pour un décès, le coroner ne peut tenir ou poursuivre une enquête tant que le jugement sur cette poursuite n'a pas été rendu.

L'enquête terminée, le coroner rédige son rapport qui est classé au Service des archives du Bureau du coroner et devient accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

La liste des coroners

Voici, par région, le nom des coroners :

Morin, M[e] Pierre, coroner en chef (Québec)
Turmel, D[r] Serge, coroner en chef adjoint (Québec)

Coroners permanents	Investigateurs	Enquêteurs
Québec	Couillard, D[r] Bernard Nolet, D[re] Louise	Bouliane, M[e] Marc-André
Montréal	David, M[e] Anne-Marie Dionne, D[r] Paul G. Duchesne, D[r] Line Michaud, D[r] Roger C. Paquin, D[r] Claude	
Coroners permanents	**Investigateurs**	**Enquêteurs**
Bas-Saint-Laurent (Région 01)	Archambault, D[r] Gaétan Bourgeois, D[r] Didace Dorval, D[r] Jean-François Lévesque, D[r] Gaétan Parrot, D[r] Benoit Poliquin, D[r] Robert Raymond, D[r] Yves	
Saguenay—Lac-Saint-Jean (Région 02)	Bergeron, D[r] André Bolduc, D[r] Yves Côté, M[e] Mandoza Gagné, D[r] Carol Lapointe, M[e] Michel Miron, D[r] Michel	
Capitale-Nationale (Région 03)	Bédard, D[r] Marc Brochu, D[r] Pierre Carrier, D[r] Pierre Gagnon, D[r] Robert Michaud, D[re] Patricia Naud, D[r] Yvon Samson, D[r] Pierre-Charles Turmel, D[r] Yvan	Bérubé, M[e] Jacques Delâge, M[e] Cyrille

Coroners permanents	Investigateurs	Enquêteurs
Mauricie (Région 04)	Blais, Dr Jean-Pierre Buisson, Dr Jacques Carrier, Me Jean-Marie Gauthier, Dr Raynald Lamothe, Me Bertrand Martin, Dr Pierre Pinsonnault, Me Jean Trahan, Dr André-G.	
Estrie (Région 05)	Gagné, Dr Pierre	Giguère, Me Robert
Montréal (Région 06)	Ayllon, Dr Rafaël Goupil, Dr Jean-Noël Lavarias, Dr Jose-Luis Massey, Dr Éphraïm	Boudrias, Me Denis
Outaouais (Région 07)	Bourassa, Dr Pierre Lachapelle, Me Joanne Ménard, Dr Marcel Morissette, Dr Guy Jr Tremblay, Dr Gaston-A. Turgeon, Dr Robert	
Abitibi-Témiscamingue (Région 08)	Aubry, Dr Sylvain Gurekas, Dr Vydas Lebel, Dr Réjean Malenfant, Dr Claude Molloy, Dre Francine Provost, Me Jeannine	
Côte-Nord (Région 09)	Dufresne, Dr Jean-Claude Lefrançois, Me Bernard Monger, M. Richmond Samson, Dr Arnaud Viens, Dre Claudette	
Nord-du-Québec (Région 10)	Hudon, Dr Gilles	
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (Région 11)	Forest, Dre France-Laurent Gauthier, Dr Gilles Levasseur, Me Louise Lévesque, Dr Jean-Louis Rossignol, Me Josée Tremblay, Me Denis	
Chaudière-Appalaches (Région 12)	Bérubé, Dr Gilbert Gervais, Dr Claude Morin, Dr Raymond Picard, Dr Jean-Marc Toussaint, Dr Martin	Garneau, Me Gabriel
Laval (Région 13)	Trudeau, Dr Michel	
Lanaudière (Région 14)	Fauconnier, Dr Marcel Hébert, Dr Jean-Marc Levasseur, Dr Jean	

Coroners permanents	Investigateurs	Enquêteurs
Laurentides (Région 15)	Bourget, Dre Dominique Ferland, Me Michel Fermini, Dr Richard Larocque, Dr Robert Paquette, Dr Jean-Lévy Talbot, Dre Linda	
Montérégie (Région 16)	Authier, Dr Louis Bélanger, Dr René-Maurice Brochu, Dr Jean Chalut, Dr Pierre Clément, Dr Marcel Cuillerier, Dr Jean-François Dandavino, Dr André-H. Doyon, Dr Bernard Laberge, Dr Roger Lambert, Dr Yves Massé, Dr Michel Mercier, Dr François Raymond, Dr François	Perron, Me Gilles
Centre-du-Québec (Région 17)	Campeau, Dr Gilles Proulx, Dr André	Malouin, Me Jean-Luc

Les activités du coroner

Les faits marquants de l'année 1999

En 1999, plusieurs investigations et enquêtes ont suscité l'intérêt du public tout en soulevant de nombreux débats.

L'avalanche de Kangiqsualujjuaq

Parmi les investigations, notons d'abord celles menées à la suite de l'avalanche qui a causé neuf décès, le 1er janvier 1999, à Kangiqsualujjuaq, au Nouveau-Québec. Cette avalanche a démoli une partie du centre communautaire du village et causé le décès de neuf Inuit par asphyxie ou par une compression d'organes vitaux par la neige. Le coroner en chef adjoint Serge Turmel, le coroner Yvan Turmel et M. Michel Morency, préposé à la morgue de Québec, se sont rendus sur place pour procéder aux examens externes et investiguer ces décès.

On se rappellera que, à la suite de requête de M. Lucien Bouchard, premier ministre du Québec, le ministre de la Sécurité publique, M. Serge Ménard, avait demandé au coroner en chef d'ordonner une enquête publique sur cette tragédie.

Le coroner en chef, M. Pierre Morin, a désigné le coroner Jacques Bérubé comme enquêteur.

Le suicide de Gaétan Girouard

Le 14 janvier, le suicide de Gaétan Girouard, journaliste et personnalité admirée par le public, a fait l'objet de multiples reportages et, suscité de nombreuses questions des médias. Le coroner Louise Nolet, qui a déposé son rapport d'investigation en septembre, a conclu que M. Girouard était traité pour un épuisement professionnel, qu'il n'acceptait pas cet état et qu'il était également préoccupé par les nombreuses poursuites dont lui et le réseau TVA faisaient l'objet.

La motoneige : un dossier funeste en 98-99

La motoneige a causé le décès de 40 adeptes au cours de la saison 98-99.

Lors d'une rencontre de presse, le 22 janvier, dans un relais de motoneigistes de Saint-Prosper-de-Champlain, le coroner Raynald Gauthier a rendu public son rapport d'investigation sur le décès de M. Jean-Claude Carbonneau survenu, à la suite de la collision de sa motoneige avec une autre, dans un sentier de la Mauricie.

Dans son rapport, le coroner Gauthier a établi que trois facteurs avaient contribué à l'accident mortel : la perte de contrôle par le jeune homme, son inexpérience et la configuration de la piste qui ne permettait pas de contact visuel entre les deux conducteurs.

Le coroner a recommandé notamment au ministère des Transports de concevoir un cours obligatoire pour tous les nouveaux utilisateurs et d'offrir un soutien technique aux clubs de motoneige en vue d'uniformiser la signalisation dans les sentiers. De plus, il a recommandé à la Fédération des clubs de motoneigistes du Québec de concevoir un registre d'incidents sur les sentiers qui, comme dans le secteur de l'aviation, permettrait de recueillir auprès de la clientèle des incidents vécus qui pourraient causer éventuellement des accidents.

En réaction aux recommandations du coroner Gauthier, le 9 février, le ministre délégué aux Transports, M. Jacques Baril, a dévoilé un plan concret de mesures visant à améliorer la sécurité de la pratique de la motoneige.

Ainsi, le ministre a précisé notamment que l'article 18 de la **Loi sur les véhicules hors route** oblige tout conducteur de 14 à 16 ans à être titulaire d'un certificat de compétence délivré par la Fédération des clubs de motoneigistes et que la signalisation serait améliorée dans les sentiers.

Le coroner Dorval interpelle le Curateur public

Le 2 février, le coroner Jean-François Dorval a rendu public son rapport d'investigation sur le décès de M. Gérard Fortin de Grand-Métis, une personne atteinte de maladie mentale... oubliée pendant 25 ans par le Curateur public; la victime vivait en ermite et son seul contact social était son épicier. Ce dernier avait d'ailleurs alerté le CLSC de la Mitis parce qu'il ne pouvait plus aller chercher la liste d'épicerie de son client.

Le coroner Dorval a établi que la victime avait des plaies aux jambes et aux pieds et que son chat, en lui léchant ses plaies, lui avait transmis une maladie fatale.

Après avoir déploré qu'entre 1973 et 1993, il n'y ait pas eu de geste posé par le Curateur public afin de réévaluer le dossier de M. Fortin, le coroner a rappelé que le Curateur doit faire un rapport de réévaluation médicale et psychosociale des personnes inaptes tous les cinq ans.

Le coroner Dorval a notamment recommandé au Curateur public d'établir des ententes ou des contrats de service avec les CLSC et d'implanter des bureaux dans chacune des régions du Québec afin de mieux remplir son mandat de maintenir une relation personnelle avec les personnes sous sa protection.

Selon M. Pierre Verge, porte-parole du Curateur public, qui a émis un communiqué le jour même de la conférence de presse du coroner, des mesures ont été prises pour qu'aucun cas semblable à celui de M. Fortin ne puisse se reproduire.

La tragédie des Éboulements

Le coroner Luc Malouin a rendu public le 25 mars son rapport à la suite de son enquête publique visant à clarifier les causes et les circonstances de l'accident d'autobus ayant coûté la vie à 43 membres du club de l'Âge d'or de Saint-Bernard de Beauce ainsi qu'au chauffeur d'un autocar d'Autobus Mercier.

On se rappellera que, ce jour-là, le chauffeur a perdu le contrôle de son véhicule dans la côte abrupte menant des Éboulements à Saint-Joseph-de-la-Rive et termina sa course sur un passage à niveau.

Le coroner Malouin a notamment recommandé au ministre des Transports d'être directement responsable de toute la législation touchant les véhicules lourds, notamment le règlement sur les heures de conduite et le règlement sur les normes de sécurité des véhicules routiers et d'allouer des budgets supplémentaires à la Commission des transports pour qu'elle puisse appliquer dans des délais raisonnables la nouvelle **Loi sur l'encadrement du transport routier.**

Il a également recommandé au ministère des Transports d'améliorer la signalisation des pentes raides par l'ajout de panneaux explicites et de rendre obligatoire l'usage d'un frein moteur pour tout véhicule lourd circulant dans la Grande Côte.

À la Société de l'Assurance automobile du Québec, le coroner Malouin a recommandé de faire respecter de façon stricte le règlement actuel sur les heures de conduite et de travail des chauffeurs d'autobus et de véhicules lourds et d'informer l'industrie que les périodes d'attente des chauffeurs entre deux déplacements ne seraient plus considérées comme des périodes de repos.

À la Commission des transports du Québec, le coroner a recommandé d'élaborer un examen de connaissances théoriques et pratiques en sécurité et des obligations légales à l'intention des futurs requérants de permis de transport par autobus.

L'importance d'un siège d'enfant en voiture

Le 1er avril, lors d'un point de presse à l'hôpital Sainte-Justine, accompagné d'experts du Club automobile du Québec, de la Clinique de traumatologie de l'hôpital Sainte-Justine, de la Société de l'assurance automobile et de Transports-Canada, le coroner Paul G. Dionne a rappelé aux parents et aux grands-parents de toujours asseoir leurs enfants dans un siège conforme à leur poids et à leur taille. Il est aussi important de bien installer le siège dans la voiture et surtout de toujours y attacher l'enfant.

Le coroner Dionne a profité du dépôt de son rapport sur le décès de Sharly Perreault, deux ans, le 8 novembre 1998, à la suite d'un accident d'auto où elle était mal attachée pour démontrer que l'utilisation adéquate des sièges d'enfant peut sauver des vies.

Le coroner a recommandé notamment au ministère de la Sécurité publique, à l'Institut de police du Québec et à l'Association des policiers et pompiers du Québec de s'assurer que les divers corps policiers connaissent bien l'article 397 du *Code de la sécurité routière* qui porte sur les passagers de moins de cinq ans et qu'ils aient la formation nécessaire pour évaluer adéquatement les sièges d'enfant.

Formation adéquate pour les médecins en salle d'urgence

La moitié des médecins qui travaillent en salle d'urgence au Québec n'ont pas accès à la formation ATLS (Advanced Trauma Life Support) qui est pourtant essentielle afin de dispenser des soins de qualité en traumatologie.

C'est ce qui est ressorti, fin avril, du rapport d'enquête publique du coroner Denis Boudrias sur les causes et les circonstances du décès de Sonia Rousselt-Dupuis, 18 ans, victime d'un accident de la route survenu le 16 août 1997. Il a été établi que le médecin de garde, à l'urgence de l'hôpital d'Argenteuil où la victime a été transportée, a raté son diagnostic et sous-estimé l'importance des lésions alors que la victime présentait une fracture de côtes et un pneumothorax.

Transférée à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 17 août, Sonia Roussel-Dupuis devait voir alors son état se dégrader d'une façon irrémédiable sur une période d'un mois et mourir à ce même hôpital le 18 septembre 1997.

Après avoir analysé l'ensemble de la preuve et les témoignages des experts, le coroner Boudrias est arrivé à la conclusion que la jeune fille n'avait pas reçu les soins médicaux auxquels elle avait droit et que le laxisme dont elle avait été victime avait joué un rôle déterminant dans l'apparition du syndrome de détresse respiratoire de l'adulte qui devait lui être fatal.

Dans un souci de protection de la vie humaine et afin que des décès de ce type ne se reproduisent plus, le coroner Boudrias a recommandé notamment au Collège des médecins, à l'Association des médecins d'urgence du Québec et à la Fédération des médecins omnipraticiens, de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin que tous les médecins appelés à pratiquer en salle d'urgence aient accès rapidement à la formation ATLS afin d'assurer une médecine d'urgence de meilleure qualité.

Un front commun contre ceux qui abusent de leur permis de conduire

Le 13 mai, lors d'une rencontre de presse à Joliette, le coroner Paul G. Dionne a rendu public son rapport d'investigation sur le décès de M^me^ Diane Olivier survenu le 12 décembre 1998 à la suite d'une collision avec un autre véhicule automobile.

L'enquête policière a démontré que le conducteur du véhicule qui a embouti celui de la victime avait travaillé la nuit précédente, avait joué aux quilles le matin et dîné avec des copains dans une brasserie de Joliette. Il aurait consommé de l'alcool à l'heure du midi; il a été toutefois impossible aux policiers de retracer le cheminement de ce conducteur durant l'après-midi.

Selon le coroner Dionne, le comportement du conducteur indique qu'il était soit sur un « fixe », qu'il était endormi, qu'il était distrait ou qu'il avait les facultés affaiblies; il est établi statistiquement que les causes les plus fréquentes d'une sortie de voie sont le sommeil ou des facultés affaiblies.

La conduite avec facultés affaiblies étant un problème social important, le coroner Dionne a souligné qu'il était temps qu'on décloisonne l'intervention des groupes, ministères et organismes et qu'on fasse front commun pour traquer ceux qui abusent de leur droit de conduire un véhicule automobile.

À l'aube de l'an 2000, selon lui, il est l'heure pour l'État de faciliter un tel décloisonnement dans un but commun : sévir contre les contrevenants et, enfin, protéger pleinement les citoyens.

En ce sens, le coroner Dionne a notamment recommandé au ministre des Transports et au responsable de la Société de l'assurance automobile du Québec de former un groupe de travail visant à inventorier tous les irritants que l'on peut trouver dans des dossiers de facultés affaiblies. Chacun des membres (substituts du Procureur général, avocats de la défense, magistrats, professionnels de la santé, policiers et surveillants routiers...) verrait à identifier les problèmes à l'intérieur de son organisation et à élaborer des pistes de solution.

Recommandations à l'Hôpital Sainte-Marie et à la RRSSS

Lors d'une rencontre de presse tenue à Trois-Rivières le 20 mai, le coroner Raynald Gauthier a rendu public son rapport d'investigation sur le décès de M^me^ Pierrette Larente-Champagne, 75 ans, survenu le 28 décembre 1998 au Pavillon Sainte-Marie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

La victime était reconnue comme une grande fumeuse et présentait une maladie pulmonaire obstructive chronique très sévère ainsi qu'une insuffisance coronarienne subséquente à une maladie cardiaque sévère.

M^me^ Larente prenait chaque mois des quantités importantes, qu'on peut presque qualifier d'excessives, de nitroglycérine, malgré l'avis de son médecin traitant et de son conjoint.

Hospitalisée le 27 décembre, la victime a été l'objet d'un premier triage effectué par l'infirmière de service, mais il semble que M^me^ Larente ait été peu collaboratrice, déclarant n'avoir aucun symptôme et ne comprenant pas pourquoi son conjoint avait appelé l'ambulance.

L'infirmière décide alors de téléphoner au conjoint de M^me^ Larente qui lui indique que sa femme prend des médicaments pour le cœur et des somnifères, mais pas d'alcool. L'infirmière classe donc M^me^ Larente comme priorité 3, soit comme un cas non-urgent devant être vu par le médecin du service d'urgence selon l'achalandage, habituellement à l'intérieur des trois ou quatre heures suivantes.

À 1 h 55, le 28 décembre, l'infirmière constate que M^me^ Larente n'a plus de pouls et ne respire plus. Le décès est constaté peu après.

Le coroner Gauthier a établi que, durant toute la journée du 27 décembre, il n'y avait qu'un médecin de garde dans chacun des quarts de travail, en raison de la pénurie de médecins. Cette situation durait depuis au moins une dizaine de jours au moment des événements, ce qui était inapproprié.

Sans blâmer le comportement du personnel infirmier et médical qui travaillait à un rythme d'enfer au moment du décès de M^me^ Larente, le coroner a notamment recommandé à la direction de l'Hôpital Sainte-Marie, de réviser le système de triage actuellement en cours. Il est inacceptable qu'une infirmière puisse autoriser des attentes de l'ordre de douze heures après une évaluation de quelques minutes. Il faudrait donc se doter d'une procédure permettant de raccourcir le délai d'évaluation par le médecin de garde en cas de pénurie de ressources médicales.

Meilleure formation au Service de la protection des citoyens de Laval

Fin juin, le coroner Paul G. Dionne a rendu public son rapport d'investigation sur le décès de Victor-Soyuz Portela, survenu le 10 février 1999 dans une cellule du centre de détention du Service de la protection des citoyens de Laval.

Incarcéré le 9 février pour avoir tué ses parents, Victor Portela s'est suicidé dans sa cellule, alors qu'il était sous la surveillance de deux policiers. Précisons que la cellule de la victime, comme toutes les autres, était sous surveillance vidéo avec enregistrements séquentiels réguliers.

Il est très vite apparu au coroner et aux enquêteurs de la Sûreté du Québec qu'il était complètement inacceptable, étant donné les problèmes psychologiques de M. Portela, qu'il ait été incarcéré sans consultation médicale. De plus, il est apparu aussi inacceptable qu'il ait pu s'écouler 52 minutes avant que les deux policiers-surveillants s'aperçoivent de la pendaison de Portela, pourtant bien enregistrée sur vidéo, sans oublier tout le volet de la préparation du suicide également filmée pendant 16 minutes.

Afin d'éviter des décès semblables dans le futur, le coroner Dionne a notamment recommandé au Service de la protection des citoyens de Laval, considérant que M. Portela présentait des problèmes psychiatriques et médicaux sérieux et qu'il aurait dû être évalué médicalement, de s'assurer que ses enquêteurs et agents au centre de détention municipal aient la formation requise.

Meilleure communication entre les corps policiers lors d'opérations conjointes

Le 3 octobre 98, à Joliette, à la suite de la poursuite policière d'un véhicule volé par la Régie intermunicipale de Joliette, et par la Sûreté du Québec, un jeune policier, Dominique Courchesne, a été heurté à mort par un véhicule de la SQ lors de l'installation d'un barrage routier.

Lors d'une conférence de presse à la mi-juin, le coroner Paul G. Dionne a établi que le jeune policier, nouvellement diplômé de l'Institut de police de Nicolet, n'avait jamais participé à un barrage policier, qu'il avait reçu de la documentation à ce sujet, mais qu'il n'avait jamais fait d'exercice sur cette matière.

Le coroner a conclu qu'une meilleure communication entre la SQ et les policiers locaux aurait pu éviter à la victime de croire qu'il était de sa responsabilité de continuer la poursuite du véhicule fuyard qui venait de passer sur le tapis à clous.

Le coroner Dionne a notamment recommandé au ministère de la Sécurité publique de s'assurer que tous les corps policiers puissent communiquer entre eux directement, sans intermédiaire, lors d'opérations conjointes. Il a aussi recommandé à la Commission de la santé et de la sécurité du travail de s'assurer, au moyen d'inspections spécifiques, de la compétence des policiers à accomplir certaines tâches reliées à leur travail.

La route 155 à Chambord

À la suite du décès de M^me^ Céline Tremblay, le 17 février 1999, lors d'un accident de la circulation sur la route 155 entre Chambord et Lac-Bouchette, le coroner Carol Gagné a rendu public son rapport d'investigation à Chambord le 30 septembre.

Les inspections mécaniques des véhicules n'ayant révélé aucune déficience majeure, le coroner a considéré que les conditions climatiques étaient en grande partie responsables de cet accident. Toutefois, comme plusieurs accidents étaient survenus antérieurement sur cette portion de route en pentes courbes avec passage à niveau, le coroner Gagné a fait siennes les lacunes de signalisation et de géométrie de la route révélées dans le rapport de M. Éric Tremblay, technicien du ministère des Transports.

Outre d'améliorer la signalisation routière en bordure de la route 155, le coroner a recommandé au ministère des Transports, à court terme, de corriger le dévers de la courbe et des autres courbes du secteur avec de l'asphalte. Il lui a aussi recommandé de corriger la géométrie de la route afin de faire disparaître les problèmes reliés aux deux courbes et au passage à niveau.

Des recommandations à Coca-Cola

Le 13 décembre 1998, Kevin Mackle, étudiant à l'Université Bishop's à Lennoxville, a tenté de se procurer une cannette en inclinant et en secouant une distributrice de boissons gazeuses à la résidence universitaire où il habitait. La distributrice tomba soudainement sur lui et l'écrasa mortellement.

Lors d'une conférence de presse en octobre en compagnie de la chancelière de l'Université Bishop's, le coroner René-Maurice Bélanger a précisé que, prenant en considération l'emplacement du centre de gravité, la distributrice en question utilisée normalement offrait un degré de stabilité sécuritaire pour les clients, les préposés à l'approvisionnement et le personnel d'entretien.

Parce que trop coûteuse et compliquée, le coroner n'a pas recommandé la fixation de ces machines distributrices au sol, ni la pose d'une alarme de secousse, mesure dissuasive pour les fraudeurs, mais tentante pour les farceurs.

Le coroner Bélanger a toutefois recommandé à Coca-Cola de retirer, dans les plus brefs délais, des institutions d'enseignement les distributrices sans dispositifs anti-fraude et de doter tous ses appareils d'un tel système. Il a recommandé au ministère de l'Industrie et du Commerce d'inciter les autres embouteilleurs à faire de même.

Recommandations à la Ville de Rimouski

À la suite du décès d'un étudiant de 17 ans, survenu le 6 septembre 1999, dans l'incendie de la maison de chambres qu'il habitait à Rimouski, le coroner Jean-François Dorval a déclaré, lors d'une rencontre de presse, qu'on devrait obliger les propriétaires de maisons de chambres et d'édifices à logements à installer un détecteur de fumée dans chaque pièce où une personne dort.

Il a établi que la réglementation actuelle fait en sorte qu'un propriétaire peut avoir des chambres et des logements dans un même édifice et, ainsi, ne pas être régi par la Régie du bâtiment du Québec.

Le coroner Dorval a notamment recommandé à la Ville de Rimouski de réviser son programme de prévention et d'exiger que chaque pièce où une personne dort dans une maison de chambres ou dans un édifice à logements soit dotée d'un détecteur de fumée. La Ville a aussi été interpellée afin de revoir ses politiques de communication interne.

Le maire suppléant de Rimouski, M. Gilles Giasson, a réagi au rapport en disant qu'il serait pris au sérieux et qu'il ne resterait pas lettre morte.

Avertissement aux consommateurs de cocaïne

Le 30 juillet, déposant publiquement à Rimouski son rapport sur le suicide d'un jeune homme de 22 ans, le coroner Jean-François Dorval a lancé un avertissement sérieux aux consommateurs de cocaïne et invité les clients potentiels à y songer deux fois plutôt qu'une avant d'en faire l'expérience.

Comme il s'agissait du deuxième décès de ce type à Rimouski ces derniers mois, le coroner a décidé de sensibiliser la population aux dangers de la cocaïne qui peut non seulement causer la mort par intoxication, mais pousser inexorablement au suicide.

De concert avec la Sûreté municipale de Rimouski, la Sûreté du Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux, le coroner Dorval a souligné que la cocaïne est une drogue toxique pour plusieurs organes et qu'elle peut causer des arythmies cardiaques et des infarctus du myocarde et ce, même lors de la première consommation.

En terminant, le coroner a fait part de la corrélation existante entre la consommation de cocaïne et le suicide et des nombreux dossiers révélant chaque année le découragement et la souffrance intense de personnes qui, esclaves de la cocaïne, décident de se libérer à jamais en s'enlevant la vie.

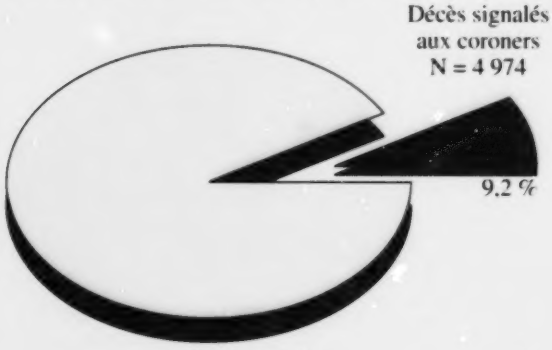
Les investigations

Les décès signalés aux coroners

Au cours de l'année 1999, 4974 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Au total, comme il est indiqué à la figure 1.0, les coroners sont intervenus dans 9,2 % des 54 033 décès survenus au Québec en 1999.

Figure 1.0

Les décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec, 1999



Depuis 1994, le nombre de décès signalés aux coroners oscille autour de 5000 annuellement (Figure 1.1).

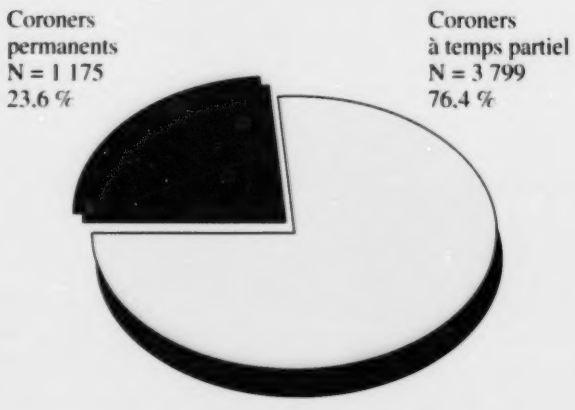
Figure 1.1

Évolution des décès signalés aux coroners de 1992 à 1999

Comme le montre la figure 1.2, la grande majorité des investigations sont réalisées par des coroners à temps partiel (76,4 %). Les coroners permanents ont pris en charge un peu moins du quart des décès signalés.

Figure 1.2

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 1999



* selon les données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en mai 2000.

Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons justifiant son intervention. Le tableau 1.3 présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 1999. Ce sont les décès dont les circonstances sont obscures ou violentes qui représentent la plus grande part (71,2 %) du travail des coroners.

Tableau 1.3
Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison justifiant leur intervention, 1999

Raison de l'avis	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	3 542	71,2
Causes médicales indéterminées	1 007	20,2
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	365	7,3
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	30	0,6
Autres raisons ou raison non disponible	30	0,6
Total des décès signalés	**4 974**	**100,0**

Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (20,2 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,3 %) et, dans le cas de décès dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée d'un corps en provenance d'une province ou d'un pays étrangers (0,6 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis, telles les prisons, les familles d'accueil et les garderies. Dans ces cas, la Loi oblige l'intervention du coroner.

Délai entre le signalement d'un décès et le rapport d'investigation du coroner

Sauf dans les cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, ceux des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou expertises particulières. Il s'écoule donc un certain temps entre le moment où le coroner communique l'avis qu'il a reçu et celui où il rédige et transmet son rapport d'investigation au coroner en chef.

Ainsi, comme on peut le constater au tableau 1.4, sur les 4974 décès signalés en 1999, 3678 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef en date du 10 mai 2000. Il reste donc, à cette même date, 1296 décès en cours d'investigation, soit 26,1 % des décès signalés.

Tableau 1.4
État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 1999

État des rapports au 10 mai 1999	Nombre	%
Rapports terminés	3 678	73,9
Non terminés	1 296	26,1
Total des décès signalés	**4 974**	**100,0**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau 2.0 présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 1998 et 1999 dans le cadre des investigations. En 1999, des autopsies ont été nécessaires dans 52,9 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 2631 autopsies réalisées. Selon les données disponibles, environ le tiers de ces autopsies ont été effectuées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique à Montréal, alors que les autres ont été réalisées dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 1999 montrent que, dans plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens. Le tiers de ces examens sont réalisés à la Direction des expertises judiciaires, alors que les autres sont faits au Centre de toxicologie du Québec.

Tableau 2.0

Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution, 1998 et 1999

Expertises	1999[1]		1998	
	Nombre	%[2]	Nombre	%
Autopsies demandées	**2 631**	**52,9**	**2499**	**55,2**
— Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	917	(34,9)	914	(36,6)
— Hôpitaux	1514	(57,5)	1 585	(63,4)
— À déterminer	200	(7,6)	—	(—)
Alcoolémies ou toxicologies demandées	**2 677**	**53,8**	**2 403**	**53,1**
— Direction des expertises judiciaires (DEJ)	877	(32,8)	797	(33,2)
— Centre de toxicologie du Québec (CTQ)	1 613	(60,3)	1 557	(64,8)
— Centres hospitaliers	41	(1,5)	49	(2,0)
— À déterminer	146	(5,4)	—	(—)
Autres expertises demandées[3]	**547**	**11,0**	**579**	**12,8**
Ensemble des décès signalés	**4 974**	—	**4 526**	—

1. Les données pour 1999 sont préliminaires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur l'ensemble des décès signalés, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique. Certaines de ces expertises ne sont pas directement demandées par le coroner, mais sont utilisées par ce dernier dans la réalisation de son mandat.

Les enquêtes

La **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès** prévoit que le coroner peut obtenir les éléments d'information propres à son mandat soit à l'occasion d'une investigation, soit à l'occasion d'une enquête publique ordonnée par le coroner en chef.

Dans les deux cas, le contenu de son rapport portera sur les mêmes points, c'est-à-dire :

1. l'identité de la personne décédée;
2. la date et le lieu du décès;
3. les causes probables de ce décès;
4. les circonstances l'ayant entouré.

La différence entre ces deux méthodes de recherche des causes et des circonstances de décès résulte essentiellement des garanties ou des droits accordés par le législateur aux personnes reliées à un décès, selon certains moyens mis à la disposition du coroner, conformément aux principes reconnus par les chartes canadienne et québécoise des droits et libertés. À titre d'exemple, les témoins appelés à fournir des éléments d'information au coroner ne sont tenus de répondre aux questions de ce dernier que dans le cadre d'une enquête publique. Ils bénéficient alors de la protection de la Loi, leur témoignage ne pouvant être retenu contre eux devant une autre instance, sauf dans le cas de poursuite pour parjure en rendant ce témoignage.

L'audition de témoins n'est pas le seul moyen d'action du coroner pour obtenir de l'information liée à son mandat. Comme dans le cas d'une investigation, il peut saisir des objets ou des documents et les faire analyser; il peut également ordonner des autopsies ou diverses analyses et expertises.

La Loi prévoit que le coroner en chef peut ordonner une enquête à tout moment, durant ou après une investigation. Une fois l'enquête ordonnée, les personnes intéressées à y participer peuvent demander au coroner de les reconnaître comme telles, en faisant valoir leur intérêt. La Loi prévoit que les personnes intéressées peuvent alors interroger et contre-interroger les témoins assignés par le coroner, demander à en faire entendre d'autres et faire des représentations au coroner à la clôture de l'enquête.

Outre la participation de personnes directement concernées par un décès, certaines enquêtes exigent que le coroner s'appuie sur l'opinion d'experts, afin que ceux-ci formulent des hypothèses à partir des faits établis ou qu'ils permettent la formulation de recommandations. C'est la nature de chacun des cas qui détermine le type d'expert qui sera utile au coroner (ingénieur, expert en circulation, médecin spécialiste, etc.). Dans ce contexte, il est utile de noter que le Bureau du coroner fait régulièrement appel aux experts du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique dont les compétences sont reconnues.

Des représentants de divers corps de police (la Sûreté du Québec, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, les sûretés municipales) participent régulièrement aux enquêtes, puisqu'ils sont souvent les premiers arrivés sur les lieux d'un événement et que leurs constatations peuvent contribuer à l'établissement des causes et des circonstances de décès.

Il importe de préciser que la participation à une enquête dépend du caractère particulier de chacun des décès faisant l'objet de l'attention du coroner et qu'une foule d'intervenants peuvent y apporter leur contribution, soit en rapport avec les causes et les circonstances du décès, soit en matière de recommandations.

On peut aussi noter la participation de différents ministères ou organismes québécois et fédéraux (ex. : le ministère des Transports du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, le ministère de l'Environnement et de la Faune du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le Bureau de la sécurité dans les transports du Canada), de même que celle de représentants de diverses associations (ex. : le Collège des médecins du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, la Société des transports de la Communauté urbaine de Montréal, l'Union des municipalités du Québec, Urgences-Santé).

Il faut par ailleurs considérer que, pour divers motifs, les enquêtes ne sont généralement pas tenues dès l'ordonnance du coroner en chef :

— Le coroner peut exiger des compléments d'enquête et d'analyse ou des expertises qui seront utilisées au moment de l'enquête. Les agents de la paix ou les experts qui y procèdent doivent prendre le temps nécessaire pour les préparer convenablement.

— La disponibilité des personnes intéressées, celle de leurs procureurs et de certains témoins, de même que l'accessibilité à certaines ressources matérielles (salles d'audience, services de transcription, etc.), peuvent avoir une influence sur la date d'une enquête.

— Occasionnellement, des avis sont publiés dans les journaux afin de porter à la connaissance de la population la tenue d'une enquête. On doit laisser aux personnes désireuses d'y participer le temps de se faire connaître et la possibilité de s'y préparer.

Lorsque l'enquête est terminée, le coroner doit rédiger son rapport, qui est un document public. Il utilise à cette fin toute la documentation et l'information recueillies au cours de l'enquête. Il peut être appelé à se servir de certains travaux de recherche afin d'étayer ses recommandations.

En 1999, le coroner en chef a ordonné sept enquêtes publiques concernant des décès; il est à noter que certaines portent sur plusieurs décès ayant une même cause.

Pour protéger les personnes âgées de moins de 18 ans et, dans certains cas, pour protéger l'intérêt public ou la vie privée, la réputation ou le droit à un procès juste et équitable d'une personne impliquée dans un décès, le coroner peut, d'office ou sur demande, interdire la diffusion ou la publication de certains renseignements.

Sauf exception, lorsqu'une personne fait l'objet d'une poursuite criminelle pour un décès, le coroner ne peut tenir ou poursuivre une enquête tant que le jugement sur cette poursuite n'a pas été rendu.

Une fois l'enquête terminée, le coroner rédige son rapport qui est classé au Service des archives du Bureau du coroner et devient accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

Tableau 3.0
Enquêtes ordonnées en 1999

Date de l'ordonnance	Nature de l'événement	Coroner Enquêteur	Date du décès	Endroit	Date du rapport
1999-01-06	Enquête sur 9 décès survenus lors d'une avalanche le 1er janvier 1999 A-129059, A-129053, A-129051, A-129052, A-129054, A-129055, A-129056, A-129057, A-129058	Jacques Bérubé	1999-01-01	Kangiqsualujjuak	2000-03-02
1999-02-15	Enquête sur un décès survenu dans une résidence privée A-126409	Gilles Perron	1999-02-3	Montréal	1999-12-06
1999-03-16	Enquête sur 3 décès survenus lors d'un incendie dans une résidence pour handicapés mentaux A-126567, A-126568, A-126569	Cyrille Delâge	1999-03-16	Saint-Alphonse-Rodriguez	
1999-04-30	Enquête sur un décès survenu à la suite d'une intoxication probable à des médicaments A-123141	Anne-Marie David	1998-10-11	Sainte-Julie	
1999-05-07	Enquête sur le décès de 2 personnes lors d'une avalanche A-30309 et A-30310	Jacques Bérubé	1995-03-10	Blanc-Sablon	
1999-05-10	Enquête sur un décès survenu lors d'une chute du 3e étage d'un hôpital A-126970	Gabriel Garneau	1998-10-30	Québec	
1999-07-15	Enquête sur un décès survenu dans un hôpital A-127618	Gilles Perron	1998-11-16	Drummondville	1999-12-13

Tableau 3.1
Enquêtes ordonnées avant 1999 et terminées en 1999

Date de l'ordonnance	Nature de l'événement	Coroner enquêteur	Date du décès	Endroit	Date du rapport
1998-06-23	Enquête sur un suicide dans une résidence privée A-119938	Michel Ferland	1997-06-20	Joliette	1999-06-30
1997-10-22	Enquête sur le décès de 44 personnes lors d'un accident d'autobus survenu aux Éboulements A-118910, A-118905, A-118913, A-118933, A-118906, A-118907 A-118948, A-118927, A-118915, A-118928, A-118929, A-118935, A-118914, A-118911, A-118915, A-118917, A-118909, A-118904, A-118916, A-118908, A-118947, A-118936, A-120096, A-118920, A-118921, A-118922, A-118940, A-118941, A-118923, A-120098, A-118912, A-118934, A-118926, A-118930, A-118932, A-118946, A-118925, A-118931, A-120095, A-118949, A-118943, A-120099, A-118939, A-123451	Luc Malouin	1997-10-13	Les Éboulements	1999-02-25
1998-02-10	Enquête sur un décès survenu dans un hôpital à la suite d'un accident d'automobile A-121255	Denis Boudrias	1997-09-17	Montréal	1999-04-06
1998-07-09	Enquête sur un décès survenu dans un hôpital A-119742	Gilles Perron	1997-10-22	Montréal	1999-02-12
1998-08-06	Enquête sur le décès d'un enfant diabétique A 125413	Anne-Marie David	1998-06-20	Montréal-Nord	1999-05-25
1998-09-24	Enquête sur un décès survenu dans un hôpital A-125446	Anne-Marie David	1997-07-13	Montréal	1999-11-18
1998-10-01	Enquête sur le décès d'un enfant à la suite d'une chute dans un escalier à la maison A-122858	Gilles Perron	1998-04-30	Laval	1999-02-09

Les recommandations et leur traitement

Ainsi, comme il a déjà été mentionné à plusieurs reprises, les coroners peuvent, s'ils le jugent à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Et c'est là, sans doute, l'une des grandes responsabilités confiées au coroner : **tout mettre en œuvre pour réduire le nombre de décès évitables**.

Les recommandations sont des suggestions de mesures préventives issues principalement de l'observation et de l'analyse des faits mis en lumière par l'investigation du coroner. Ces mesures ont pour but de favoriser la prévention d'autres décès ou blessures dans des circonstances analogues à celles du décès en cause. Avant de formuler ses recommandations, le coroner procède, s'il y a lieu, à l'examen des autres rapports de coroners relatifs à des décès semblables survenus par le passé, à la consultation d'experts ou à l'étude de la littérature scientifique pertinente.

L'acheminement des recommandations est une des activités principales du Bureau du coroner. En effet, l'article 98 de la Loi stipule que le coroner en chef peut transmettre les recommandations, s'il le juge approprié, à toute personne ou association et à tout ministère ou organisme concernés.

En 1999, 256 rapports ont ainsi été acheminés. De ce nombre, 163 ont fait l'objet d'un suivi, c'est-à-dire que l'on a demandé aux personnes concernées de faire connaître les mesures qu'elles ont effectivement prises ou envisagées pour corriger une situation susceptible d'occasionner d'autres décès ou des blessures. Quant aux 93 autres dossiers, ils ont été transmis à qui de droit à titre d'information. Sans qu'il s'agisse d'un suivi en tant que tel, le coroner en chef communique alors les recommandations dans un but de sensibilisation ou afin d'appuyer d'autres recommandations déjà transmises dans le passé. La majorité (67,9 %) des rapports avec recommandations transmis en 1999 visaient la prévention de décès accidentels, que ce soit des accidents de transport, des accidents de travail ou d'autres types d'accidents. À noter que les recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel n'intègre pas la liste des recommandations, lesquelles étant désormais trop nombreuses pour y figurer. Cependant, le Bureau du coroner publie annuellement le **Répertoire des recommandations des coroners**, qui est mis à la disposition de quiconque en fait la demande. Ce répertoire permet de retracer les recommandations envoyées pour suivi selon le type d'événement auquel elles se rattachent, ainsi que l'illustre le tableau 4.0.

Tableau 4.0
Répartition des rapports de coroners transmis en 1999 contenant des recommandations, selon la catégorie de décès

	Transmis pour			
Catégorie de décès	**Information**	**Suivi**	**Total**	**%**
Décès naturel	**17**	**17**	**34**	**13,3**
Accident	**56**	**118**	**174**	**67,9**
— de transport routier	27	54	81	31,6
— de travail	13	27	40	15,6
— autres	16	37	53	20,7
Suicide	**19**	**26**	**45**	**17,6**
Homicide	**0**	**2**	**2**	**0,8**
Décès indéterminé	**1**	**0**	**1**	**0,4**
Total	**93**	**163**	**256**	**100,0**

Comme chaque année, les recommandations formulées en 1999 visent différents champs d'intervention. Parmi ceux-ci, notons l'environnement, les comportements humains et la législation. Au point de vue de l'environnement, le coroner suggère des modifications à apporter, afin de rendre les lieux concernés plus sécuritaires. Lorsque les comportements humains sont visés, les moyens proposés passent par la sensibilisation, la formation ou la surveillance. Dans certains cas, le coroner propose plutôt des amendements à la législation.

Enfin, précisons que les recommandations n'ont pas force de loi. De façon générale, elles sont toutefois considérées sérieusement par les organismes à qui elles sont destinées.

Ainsi, en mai 2000, le coroner en chef avait reçu une réponse à 64 % des recommandations qu'il avait transmises pour suivi au cours de l'année 1999.

Fait encourageant, les recommandations ont été reçues favorablement par la grande majorité des organismes concernés, si l'on considère que 73 % d'entre eux les ont appliquées intégralement et que 11 % d'entre eux les ont appliquées après les avoir adaptées.

Le coroner en chef tient un suivi serré des recommandations qu'il formule et procède à des rappels fréquents auprès des organismes dont il n'obtient pas de réponse.

Le mandat du Bureau du coroner

Le Bureau du coroner a pour mandat d'assister et de conseiller les coroners dans la réalisation de leurs activités d'investigation ou d'enquête. Il doit également fournir un service de recherche ou d'information aux personnes et aux organismes intéressés ou visés par le résultat des investigations et des enquêtes. Il doit également fournir des services permanents de morgue à Québec et à Montréal.

Pour permettre la réalisation de son mandat, le Bureau du coroner se compose de trois directions :

— la Direction des coroners investigateurs;

— la Direction des coroners enquêteurs;

— la Direction de l'administration.

De plus, trois conseillers complètent cette organisation, soit une conseillère juridique, un conseiller en communication et une conseillère en prévention. Tous relèvent du coroner en chef. L'effectif du Bureau est réparti ainsi :

— Montréal

Morgue et Bureau – Édifice Parthenais :
4 coroners et 9 autres personnes

— Québec

Morgue – 1655, boul. Hamel, Édifice 2 :
2 coroners et 4 autres personnes

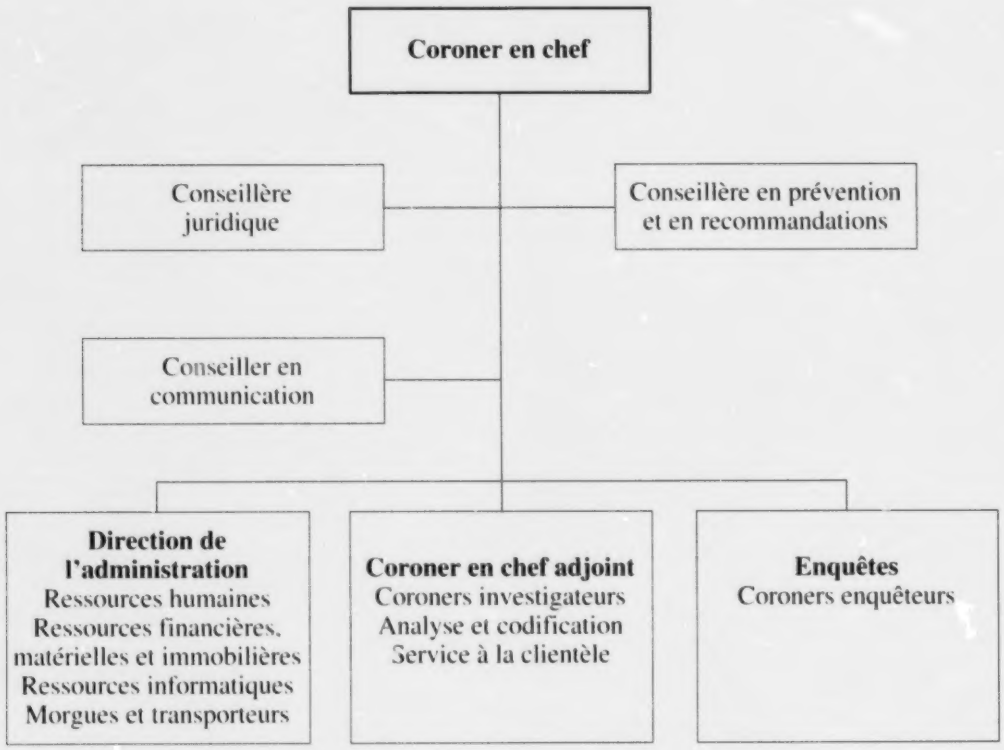
Bureau – 1200, route de l'Église, Sainte-Foy :
3 coroners, dont le coroner en chef Pierre Morin et le coroner en chef adjoint Serge Turmel, et 31 autres personnes.

Le Bureau du coroner compte sur une équipe de 37 personnes pour appuyer le travail des coroners permanents et à temps partiel.

Tableau 5.0
Effectif autorisé en 1998-1999 selon la catégorie d'emploi

Catégorie d'emploi	Nombre
Coroner	10
Cadre supérieur	2
Professionnel	9
Fonctionnaire	22
Ouvrier	7
Total	**50**

Organigramme du Bureau du coroner



L'état des dépenses

Le Bureau du coroner rencontre, depuis l'exercice financier 1995-1996, des difficultés budgétaires majeures, en raison notamment de compressions et de réductions d'effectifs importantes, malgré une réduction des dépenses tout aussi majeure.

Celles-ci se sont traduites par des déficits récurrents de 215 $K en 1995-1996, de 216 $K en 1996-1997, de 925 $K en 1997-1998 et de près de 900 $K en 1998-1999. Pour l'exercice 1999-2000, on appréhende un manque à gagner de plus de 1 000 $K, sans inclure dans ce montant une dépense de près de 450 000 $ pour l'enquête qui a suivi l'avalanche de Kangiqsuallujjuak.

Cette situation a des conséquences directes sur le Bureau du coroner. Plus précisément, elle :

— Oblige le coroner en chef, depuis l'exercice financier 1995-1996, à solliciter auprès du Ministère des sommes d'argent supplémentaires afin de combler le déficit structurel du Bureau; requêtes susceptibles d'être rejetées d'une année à l'autre, mais pour lesquelles le Ministère a toujours donné, jusqu'à ce jour, des suites favorables.

— Ne permet aucune marge de manœuvre devant les imprévus, notamment lors d'événements spéciaux qui, par leurs impacts humains et politico-socio-économiques, entraînent des déboursés importants (ex. : le coût de l'enquête sur l'accident d'autobus aux Éboulements « près de 200 $K » et dernièrement celui de l'enquête de Kangiqsuallujjuak « plus de 450 $K » enquêtes ordonnées par le coroner en chef à la demande des autorités politiques) ou encore sur le plan des changements de pratique de nos fournisseurs de services (ex. : l'abandon de la pratique des autopsies à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, ce qui nous obligea à recruter un pathologiste occasionnel pour assurer les autopsies demandées par les coroners).

— Crée des préjudices importants aux nombreux fournisseurs de services du Bureau en raison des délais de paiement.

— Rend le Bureau dans la totale incapacité de progresser, en ne permettant pas d'allouer les sommes essentielles aux activités favorisant le développement.

— Empêche le Bureau de pouvoir améliorer les conditions de ses contrats, la rendant vulnérable quant à l'application de la LRCCD (ex. : les tarifs des transporteurs n'ont pas été réajustés depuis 1983).

Pour l'exercice financier 1999-2000, la dépense s'élève à 6 035 200 $ comparativement à un budget original de 4 497 800 $.

Le Bureau du coroner a dû demander, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique, un budget additionnel de l'ordre de 1 537 400 $ incluant une somme de 450 000 $ pour l'enquête sur l'avalanche de Kangiqsuallujjuak.

Tableau 5.1
État des dépenses pour les exercices 1995-1996 à 1999-2000

	Dépenses (000 $)				
	1995-1996	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
Traitement	2 884,6	2 659,3	2 541,5	2 321,4	2 477,5
Fonctionnement					
— Transport et communications	184,3	192,0	188,3	206,1	371,9
— Services professionnels et administratifs	2 017,0	2 046,8	2 078,6	2 175,4	2 503,7
— Loyer	680,6	592,7	516,6	500,7	330,7
— Autres dépenses	105,4	65,4	68,3	112,5	157,9
Capital	46,8	68,6	116,7	131,3	189,8
Total	**5 878,7**	**5 624,8**	**5 510,0**	**5 447,4**	**6 031,5**

Coroner en chef

Secteur de la prévention

Ce service apporte un soutien de recherche aux coroners investigateurs ou enquêteurs dans la réalisation de leur mandat, notamment au chapitre de l'élaboration des recommandations. La responsable de ce secteur est épidémiologiste et relève directement du coroner en chef.

Parmi les recherches réalisées à la demande des coroners, notons :

— des recherches relatives aux lois et aux règlements en vigueur;

— la recherche d'articles scientifiques;

— la recherche de données statistiques et épidémiologiques;

— la recherche d'experts ou de personnes-ressources dans un domaine spécifique.

Une fois les recommandations formulées, ce service voit à les diffuser et à faire le suivi auprès des organismes visés. Il arrive aussi que la personne responsable soit appelée à témoigner à la Cour dans le cadre d'enquêtes publiques, afin d'y présenter des études descriptives de certains types de décès en fonction de l'information consignée dans les rapports des coroners.

En plus de répondre aux demandes en provenance des coroners eux-mêmes, il incombe aussi à la responsable de renseigner le coroner en chef sur l'évolution des décès et d'effectuer, au besoin, l'analyse détaillée de certaines situations mortelles.

Un des outils essentiels à la réalisation de ces mandats réside dans l'exploitation de la banque de données des coroners. Celle-ci est alimentée, depuis 1986, à partir des renseignements disponibles dans les rapports d'investigation ou d'enquête.

À des fins de prévention et suivant certaines conditions, ces données peuvent aussi être rendues publiques. Chaque année, plusieurs organismes gouvernementaux ou autres, engagés dans des démarches pour la protection de la vie humaine, s'adressent au service de prévention pour obtenir des données sur certains types d'événements mortels.

Ainsi, en 1999, le Secteur de la prévention a répondu à environ 250 demandes en provenance de personnes, d'institutions et de groupes intéressés à la prévention. Des données brutes et des résultats d'études descriptives ont été fournis en réponse à ces demandes.

L'autorisation de consulter les dossiers des coroners a aussi été accordée à certaines occasions et selon des règles bien établies, à l'intérieur de la politique de confidentialité qui régit les documents déposés par les coroners comme annexes à leurs rapports d'investigation ou d'enquête. Par ailleurs, le secteur alimente régulièrement une clientèle issue :

— **des milieux de la santé et des services sociaux**, qui ont besoin de statistiques sur la mortalité par traumatisme dans leur région ou qui effectuent des études épidémiologiques. Chaque année, plusieurs régies régionales et centres de santé publique sont au nombre des demandeurs; notons, entre autres, les régions de Montréal-Centre, Montérégie, Lanaudière, Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches. Des échanges d'information ont aussi eu lieu avec le Centre Fernand-Séguin et l'hôpital de Montréal pour enfants.

— **des milieux gouvernementaux**, qui ont recours au Bureau du coroner pour valider leurs propres informations sur certains types de décès ou simplement pour obtenir des renseignements sur la mortalité en fonction de leur mandat de prévention (au palier québécois, citons l'Institut de la statistique du Québec, le Protecteur du citoyen, l'Institut de police, la Société de l'assurance automobile, le ministère des Transports; au palier fédéral, mentionnons Santé Canada, la Garde côtière canadienne, le Bureau de la sécurité des produits et les Services correctionnels).

— **d'organismes et associations privés**, comme la Société de sauvetage, l'Association québécoise de suicidologie et les centres de prévention du suicide dans différentes régions, la Commission des transports du Québec, l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des pompiers instructeurs du Québec, etc.

— **du milieu de l'enseignement collégial et universitaire.**

— **des médias.**

Le Bureau du coroner participe aussi, lorsqu'il le juge pertinent pour la prévention, à certains groupes de travail. À ce titre, le Bureau du coroner est membre du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, cela dans le but d'améliorer les connaissances et de prévenir les décès liés aux drogues. Ce groupe a produit son quatrième rapport en 1999, lequel présente les faits et les méfaits de la toxicomanie au Québec, notamment dans la région de Montréal-Centre.

De même, le Bureau du coroner maintient toujours sa participation à l'étude de la mort subite du nourrisson avec l'Hôpital de Montréal pour enfants et le Centre Jeremy-Rill.

En outre, le Bureau du coroner collabore chaque année, avec la Société de l'assurance automobile du Québec, au jumelage des fichiers de données sur les décès de la route. Le fruit de ce travail est publié dans le Bilan statistique annuel de la SAAQ, en plus d'alimenter la base de données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui produit aussi un rapport annuel.

Service des communications

En matière de relations de presse, le Bureau du coroner a publié 143 communiqués de presse en 1999. Ces communiqués faisaient état des ordonnances d'enquête, de la tenue d'audiences publiques, du dépôt de rapports d'investigation ou d'enquête, de résultats préliminaires d'autopsie et résumaient, dans un style journalistique, leur contenu. Un grand nombre de communiqués visant à faire connaître, tant régionalement que nationalement, des recommandations de coroners ont aussi été diffusées auprès de médias du Québec.

Par ailleurs, le conseiller en communication a reçu plusieurs centaines d'appels de journalistes et de recherchistes. Ces appels visaient majoritairement des demandes de renseignements sur les activités des coroners ou sur les décisions du coroner en chef, relativement à des faits défrayant l'actualité. La majorité de ces demandes d'information a porté notamment sur des dossiers tels la problématique du suicide, les accidents mortels de motoneige et les suicides liés au jeu compulsif.

Tout au cours de l'année, plusieurs entrevues télévisées et radiophoniques ont été accordées par le coroner en chef, des coroners et le conseiller en communication. Ces interventions ont été faites tant de façon ponctuelle, lors de faits divers d'actualité, que lors de rencontres de presse à l'occasion du dépôt de rapports de coroners.

Dans un autre ordre d'idée, depuis août 1994, le Bureau du coroner fait appel, de façon systématique, à la collaboration des médias pour l'aider à retracer des parents ou des amis de personnes décédées dont le corps n'a pas été identifié ou réclamé.

Cette approche humanitaire, visant à confier à des proches la gestion des funérailles, s'est avérée fructueuse puisque, entre autres, La Presse, The Gazette, Le Journal de Montréal, Photo-Police, La Tribune, sans oublier de nombreux médias électroniques dont Radio-Canada,TQS,TVA et CKVL, ont collaboré et permis dans plusieurs cas de retrouver des proches de ces personnes dont les corps étaient laissés pour compte.

Il est à souligner que des reportages sur ce sujet ont été diffusés au Montréal Ce Soir à Radio-Canada.

Quant aux communications internes, le Bureau du coroner a publié deux numéros du bulletin interne *L'Avis*, destiné au personnel et aux coroners.

Enfin, le Bureau a publié son rapport annuel 1999 et procédé à sa distribution auprès de ses partenaires et des organismes avec lesquels il est le plus souvent en communication.

Le coroner Louise Nolet a publié une étude intitulée *Les noyades accidentelles dans des piscines résidentielles de 1990 à 1998.*

Le public en général ainsi que nos partenaires et nos clientèles cibles ont ainsi été mieux informés du travail, du mandat et des responsabilités des coroners qui étaient sujets, par le passé, à de nombreuses interprétations.

Secteur juridique

Les services juridiques sont assurés par une juriste qui relève du coroner en chef. Celle-ci apporte un soutien juridique aux activités des coroners ainsi qu'aux activités de l'organisme.

Tout particulièrement, le Secteur juridique fournit les avis et les opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements que le coroner en chef a la responsabilité d'appliquer. Il conseille également en matière d'amendements législatifs et réglementaires et pilote les dossiers à caractère juridique auprès des instances gouvernementales concernées.

La juriste en poste assure finalement la représentation appropriée en ce qui a trait aux procédures judiciaires mettant en cause le coroner en chef et les coroners, rédige les contrats et les ententes en vue de l'application de la Loi, prépare les documents de réflexion sur des questions particulières, participe à la formation des coroners et agit parfois comme procureur auprès des coroners au cours d'enquêtes publiques.

Coroner en chef adjoint

Service à la clientèle

Comme à chaque année, plusieurs services ont été rendus aux citoyens, aux ministères et aux organismes qui ont adressé des demandes au Bureau du coroner en 1999.

Parmi les services offerts, notons la production de copies conformes des rapports de coroners, la consultation de ces rapports, l'information personnalisée sur le rôle du coroner et sur le suivi des investigations ou des enquêtes.

Les rapports d'investigation et d'enquête étant des documents publics, le Bureau transmet à tout demandeur, contre paiement réglementaire, le nombre de copies demandées. Dans le cas des documents annexés au rapport d'investigation ou d'enquête (tels les rapports d'autopsie, d'alcoolémie, de toxicologie ou autres expertises), les demandes de copies conformes sont traitées dans le respect des règles édictées par la Loi.

Le tableau 6.0 montre la répartition des demandes de copies conformes reçues en 1999 selon leur provenance. La clientèle qui demande des copies de documents est d'abord constituée des proches de la victime ou des personnes qui les représentent, tels les gens de loi. Ces documents permettent alors aux proches de comprendre les causes et les circonstances entourant un décès et de faire valoir leurs droits. En 1999, ceux-ci et les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.) ont adressé au Bureau du coroner 3 895 demandes de copies conformes par téléphone ou par courrier, ce qui représente 64,1 % de l'ensemble des copies transmises.

Par ailleurs, plusieurs copies ont été produites à l'intention des personnes et des organismes qui collaborent au travail des coroners, dont les corps policiers et les laboratoires d'expertises judiciaires. En 1999, 1889 copies ont ainsi été transmises à ces collaborateurs.

Enfin, 295 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des organismes qui travaillent ou qui effectuent des recherches dans le domaine de la prévention des blessures. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Tableau 6.0
Répartition des demandes de copies conformes, selon la provenance, 1999

Clientèle	Nombre	%
Citoyens et autres	**3 895**	**64,1**
— Familles	2 439	40,1
— Compagnies d'assurance	561	9,2
— Avocats et notaires	314	5,2
— Autres (amis, médias)	581	8,6
Collaborateurs	**1 889**	**31,1**
— Corps policiers	1 556	25,6
— Laboratoires d'expertises judiciaires	333	5,5
Ministères et organismes intervenant en prévention	**295**	**4,9**
Total	**6 079**	**100,0**

Analyse et codification des dossiers

À la suite de la réception par le coroner en chef des rapports des coroners, une équipe procède à l'analyse, au contrôle de la qualité et à la codification des dossiers en fonction d'un certain nombre de paramètres destinés à alimenter une banque de données informatisées.

Direction de l'administration

La Direction de l'administration a pour principal mandat :

— d'assister et de conseiller le coroner en chef dans la détermination des orientations en matière de planification, **de planification stratégique, de recherche, d'évaluation de programmes,** d'organisation administrative, de coordination et de suivi des dossiers importants ainsi que dans la gestion des ressources;

— de fournir à la population et à la clientèle spécialisée des services rapides et de qualité;

— de fournir aux autorités et à l'ensemble du personnel le soutien administratif et technologique, de même que les renseignements nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation;

— d'exercer les contrôles par une procédure et des mécanismes appropriés, afin d'assurer le respect des normes et des politiques des organismes centraux et de l'organisation concernant la gestion et la réalisation des activités.

— de conserver les archives du coroner qui sont constituées des originaux de rapports d'investigations ou d'enquêtes publiques ainsi que de documents annexés.

Pour réaliser son mandat, la Direction de l'administration regroupe les secteurs suivants :

— Ressources humaines;

— Ressources informatiques;

— Ressources financières, matérielles et immobilières;

— Morgues et transporteurs.

Ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, cette entité est chargée de fournir les services de soutien et de conseil sur l'organisation administrative, la dotation des emplois réguliers et occasionnels, la classification, le développement des ressources humaines, l'accès à l'égalité en emploi, l'aide et le conseil au personnel. Elle traite en outre les dossiers d'assiduité (heures supplémentaires, primes, maladies, vacances), gère les absences pour invalidité ou les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux employés.

Elle est également responsable de l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, de la rémunération et des avantages sociaux ainsi que de la représentation auprès des organismes centraux et du ministère de la Sécurité publique pour certains dossiers.

Ressources informatiques

En ce qui concerne le secteur des Ressources informatiques, il est responsable de la sécurité, du développement, de l'entretien et de l'exploitation du système informatisé de gestion des opérations (SIGOP). Le secteur gère les différentes composantes technologiques : matériel, logiciels et réseau de télécommunications. De plus, il est chargé du soutien aux utilisateurs.

Ressources financières, matérielles et immobilières

Ce secteur a la responsabilité de conseiller financièrement le coroner en chef et les gestionnaires et de réaliser pour eux les activités relatives à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements et des paiements, à la gestion des revenus, à la production des rapports financiers et des analyses financières.

Ce secteur a aussi la charge des activités déléguées, à la suite de décentralisation du système de gestion budgétaire et comptable (SYGBEC).

Il doit de plus préparer les commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 $ ou plus et y participer. Ce service doit préparer les données concernant la Commission sur l'imputabilité du dirigeant d'organisme.

Ce secteur a aussi la responsabilité de fournir au coroner en chef et aux gestionnaires le conseil et le soutien nécessaires dans l'acquisition de tout matériel. Il est également chargé des acquisitions de biens et de services, de la location ainsi que des télécommunications.

Les Morgues et les transporteurs

Lorsqu'un avis de décès est signalé au coroner investigateur, il faut généralement transporter le corps de la victime de l'endroit où est survenu le décès vers l'une ou l'autre des deux morgues gouvernementales (Québec et Montréal) ou vers une morgue hospitalière ou une morgue privée en région. Le coroner peut y procéder à l'identification de la personne décédée et à l'examen externe du corps. Le coroner peut alors décider si d'autres expertises (toxicologie, alcoolémie, autopsie, etc.) sont nécessaires.

Dans le cas où une autopsie se révèle nécessaire, il y a un second transport du corps vers le centre hospitalier le plus près (parmi les 75 centres autorisés à effectuer des autopsies).

Dans le passé, les entreprises funéraires désignées par le gouvernement étaient chargées de transporter et de garder le cadavre. Le Bureau du coroner favorise maintenant le recours aux centres hospitaliers, en raison des facilités physiques dont ceux-ci disposent pour procéder aux examens et, le cas échéant, pour réaliser les autopsies médicales. La majorité des corps ont d'ailleurs déjà été transportés dans un centre hospitalier pour que le décès y soit constaté. Cette solution évite un deuxième transport du corps et limite les déplacements du coroner.

Quant aux autopsies de nature médico-légale, elles sont effectuées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique, à Montréal.

Les réalisations en 1999

Outre le maintien d'une continuité de services de qualité dans tous les secteurs, la direction a assuré le suivi du plan triennal de travail élaboré à la suite de la démarche de planification stratégique et de développement organisationnel entreprise en 1998.

Au sujet de la situation budgétaire de l'organisation, des discussions ont eu lieu avec le ministère, des documents explicatifs ont été produits et une démarche de diagnostic par un consultant extérieur devrait être entreprise au début de l'an 2000, afin de proposer des solutions à long terme à cette problématique.

Au sujet des revenus, mentionnons le projet de tarification de la Société de l'assurance automobile du Québec et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Une modification à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès a été sanctionnée, de façon à permettre au ministre de la Sécurité publique de conclure des ententes avec la Société de l'assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail en vue de leur contribution, le cas échéant, au financement des investigations des coroners reliées aux accidents d'automobile ou aux accidents du travail, selon le cas. Des démarches sont entreprises auprès du ministère des Finances et du Conseil du trésor pour créer un compte à fins déterminées.

En ce qui concerne la révision du *Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents*, le dossier a été transmis aux autorités concernées. La conclusion d'ententes de services avec les transporteurs est à venir, selon les modalités particulières adoptées par le Conseil du trésor, concernant l'octroi des contrats et la conformité des équipements et des opérations.

Les documents nécessaires à la révision de la rémunération pour le transport des cadavres, dont la dernière révision date de 1983, ont aussi été acheminés aux organismes centraux pour approbation. Les résultats de ces démarches sont attendus pour le printemps 2000.

En ce qui a trait à la phase *Architecture* du projet de refonte du système SIGOP, elle s'est poursuivie et la phase de développement, débutée en avril 1998, s'est intensifiée et en étroite collaboration avec les services du ministère de la Sécurité publique, des énergies importantes y ont été consacrées. Le système devrait être livré au printemps 2000.

Le plan d'organisation administrative (POA), initié au cours de l'exercice 1998, qui doit tenir compte des orientations et des besoins de l'organisation, est toujours en chantier et de plus en plus relié à la situation budgétaire du Bureau du coroner. Il permet de réévaluer les tâches, les charges de travail et les niveaux d'emploi, de façon à utiliser au maximum les compétences du personnel et à susciter son intérêt afin de le mobiliser. Un important chapitre sera ajouté sous peu, afin de tenir compte de la nouvelle loi 82 sur la modernisation de l'administration publique et des exigences qui en découlent pour les gestionnaires, en terme de gestion des ressources et de reddition de compte.

À ce sujet, deux dossiers visant à faciliter sa réalisation ont exigé et exigeront des efforts importants de la part du Bureau afin de participer pleinement à l'implantation de ce nouveau cadre de gestion. Il s'agit du dossier GIRES visant l'intégration de la gestion des ressources et le dossier de l'INFOROUTE gouvernementale. À ce chapitre, mentionnons que les équipements informatiques du Bureau ont été améliorés et que tout le personnel a maintenant accès à Internet et à l'Intranet ministériel. De plus, en collaboration avec le ministère, le Bureau a travaillé à l'amélioration de ses pages Web afin de les rendre plus attrayantes et plus intéressantes pour le public.

Soulignons aussi tout le travail qui s'est fait en rapport avec la *Loi sur l'accès à l'information* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à la sécurité au niveau de la garde, de la transmission et de la destruction de l'information. En premier lieu, le directeur de l'administration, responsable de la protection des renseignements personnels (PRP), participe en tant que membre, au comité de la PRP au sein du ministère de la Sécurité publique. Il a de plus créé un comité de PRP au sein même de l'organisme afin de déterminer les dispositions de protection des

renseignements personnels qui correspondent particulièrement au Bureau du coroner. Le comité s'est donné comme responsabilité de planifier, d'initier et d'assurer le suivi des différentes actions pour se conformer à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.*

Les actions réalisées cette année en matière de protection des renseignements personnels ont principalement été de renseigner et de sensibiliser le personnel afin d'accroître sa vigilance à ce sujet, à la suite des différentes séances d'informations et de formations qu'a reçu le responsable de la PRP.

Par ailleurs, des dispositions plus strictes à propos de la sécurité informatique ont été mises en place. Conformément aux suggestions du rapport d'évaluation Marion, une analyse de la vulnérabilité de nos systèmes d'information a été effectuée dans le but de resserrer les contrôles informatisés de l'organisation. Pour ce faire, en 1999, en collaboration avec le MSP, **le système d'exploitation Windows NT** fut implanté sur tous les micro-ordinateurs de le Bureau. Chacun des postes informatiques est maintenant verrouillé, ce qui oblige les utilisateurs à s'identifier pour pouvoir l'employer.

Le Bureau du coroner a, par la suite, adapté et diffusé la directive du ministère de la Sécurité publique, concernant le traitement et la destruction de tout renseignement, registre, donné, logiciel, système d'exploitation ou autre bien protégé par un droit d'auteur, emmagasiné sur un équipement micro-informatique ou un support amovible (cédérom, disquettes, etc.)

Les orientations pour 2000-2001

Outre la continuité des opérations courantes et le suivi des dossiers en chantier, le Bureau du coroner désire entreprendre de nouvelles actions dans le but d'améliorer constamment sa gestion administrative.

Plusieurs de ces actions se retrouvent dans le plan de travail élaboré par la Direction de l'administration. Au cours du prochain exercice financier, le Bureau poursuivra la réalisation de ce plan. Pour ce faire, elle devra se doter de principes de gestion visant :

— l'amélioration, le raffinement de ses mécanismes de planification reliés entre autres à la définition des orientations et à l'élaboration des plans annuels de travail;

— l'actualisation de la définition des résultats à produire et des activités à réaliser pour soutenir le travail des coroners;

— l'évaluation de l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des différents types de ressources du Bureau.

Les éléments qui seront traités en priorité au cours de l'année 2000-2001 sont les suivants :

— analyser la situation budgétaire à l'aide d'un consultant extérieur et trouver des solutions à long terme afin de remédier à cette problématique.

— conclure l'entente sur le projet de la tarification entre le Bureau du coroner et la Société de l'assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin de créer un compte à des fins déterminées par ces deux organismes.

— conclure une entente de services avec les transporteurs et mettre en application les modalités particulières qui seront adoptées, concernant l'octroi des contrats et la conformité des équipements et des opération.

— poursuivre les démarches visant la réalisation du plan d'organisation administrative pour approbation et implantation et préciser le rôle que doit jouer l'administration au sein du Bureau.

— implanter le nouveau système informatisé SIGOP ainsi que la nouvelle base de données reliée à ce système.

— répondre aux nouvelles obligations de la loi 82, *Loi sur l'administration publique*, visant la mise en œuvre d'un nouveau cadre de gestion de la fonction publique axé sur les résultats.

— participer et contribuer à l'avancement du projet d'implantation de la gestion intégrée des ressources, GIRES.

— assurer l'intégration des technologies de l'information et de l'inforoute gouvernementale (Internet, intranet, extranet) visant à améliorer les relations avec les clients et les fournisseurs des services gouvernementaux.

— adopter un **plan d'action,** sur la protection des renseignements personnels, qui privilégiera d'abord, pour la prochaine année, une plus grande information et une diffusion des directives à ce sujet, au personnel. Des activités de formation seront également prévues. Finalement, des **indices de mesure** seront identifiés afin de vérifier si les actions réalisées ont permis d'atteindre les objectifs privilégiés dans l'année.

— se doter d'un plan de formation du personnel en fonction des besoins de l'organisation et du POA.

— terminer le guide visant à faciliter le travail des coroners investigateurs; assurer sa diffusion, la mise à jour et la formation subséquente des coroners (POD).

— concevoir une politique de gestion des archives des dossiers des coroners et la mettre en application.

— concevoir un plan de classification ainsi qu'un calendrier de conservation pour l'ensemble des dossiers administratifs du Bureau.

Changement de personnel

Quatre nouveaux coroners investigateurs se sont joints à l'équipe cette année. Iil s'agit du D^re^ Lyne Duchesne, coroner permanent à Montréal, qui succède au D^re^ Teresa Sourour, retraitée; et de M^e^ Josée Rossignol, notaire à Pabos; de M^e^ Louise Levasseur, avocate à Chandler; et de M^e^ Jeannine Provost, notaire à Dupuy.

Le D^r^ Gilles Hudon, coroner investigateur depuis une trentaine d'années à Chibougamau, a démissionné pour prendre sa retraite et le coroner Jean-Claude Dufresne de Sept-Îles a décidé en mars d'aller s'établir à Laval.

Le D^r^ Robert Poliquin, coroner investigateur à Notre-Dame-du-Lac, a également cessé ses activités de coroner.

En novembre, le coroner Bernard Doyon de Belœil a démissionné. Pour ce qui est du coroner Pierre Carrier, il a quitté La Malbaie pour s'établir dans la région de Québec.

Les comités d'examen de décès d'enfants

Le président du comité d'examen de décès d'enfants de Québec, le docteur Jean Labbé, pédiatre au Centre hospitalier de l'Université Laval, et celui du comité de Montréal, le docteur Gilles Fortin, pédiatre-neurologue à l'Hôpital Sainte-Justine, ont déposé leur premier rapport annuel au ministre de la Justice et au coroner en chef du Québec.

On se rappellera que ces comités, formés notamment de coroners, du chef pathologiste judiciaire, de policiers, de substituts du Procureur général, d'intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse, sont nés d'une préoccupation de la difficulté d'identifier clairement les cas d'homicides chez les jeunes enfants au Québec.

Se penchant sur les décès d'enfants de moins de six ans, le comité de Québec couvre les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches alors que celui de Montréal fait de même pour les régions de Montréal, de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie.

Les présidents des deux comités ont notamment recommandé au ministre de la Justice et au coroner en chef de rendre permanents les deux comités, de s'assurer que chaque corps policier se dote de protocoles spécifiques pour enquêter sur les décès d'enfants de moins de six ans, de sensibiliser la population aux risques de faire dormir un nourrisson dans le même lit qu'un adulte ou aux risques de noyade dans une baignoire, que les coroners s'assurent qu'un signalement de la fratrie soit fait dans les cas d'homicide d'enfant par un parent et que le Collège des médecins voit à la diffusion dans les services d'urgence d'un guide facilitant l'identification des agressions physiques graves et des homicides chez les jeunes enfants.

Une année funeste

L'année 1999 a vu un nombre record de personnes décédées à la suite d'activités en motoneige, en motocyclette, en véhicule tout terrain et à vélo.

Au cours de la saison de motoneige 1998-1999, 41 adeptes de ce sport ont connu la mort lors d'excursions de loisirs; la majorité des décès ayant impliqué des hommes, ont été causés par la vitesse et par la perte de contrôle de véhicules souvent fort puissants. Ce record de tous les temps se distingue des quelque 30 décès annuels des saisons précédentes.

Vingt amateurs de VTT, appelé aussi QUAD, sont morts dans des sentiers ou dans des champs du Québec; ces 20 décès constituent un record par rapport aux décès des années précédentes.

Quant au vélo, il n'est pas en reste, car 31 personnes sont décédées sur les routes ou dans les rues, la majorité d'entre elles frappées par des véhicules. Il s'agit aussi d'une année aussi néfaste que 1997, 31 décès, mais plus marquante que 1998 où on avait compté 25 décès de cyclistes.

Soixante motocyclistes sont morts, durant la belle saison, à la suite d'accidents de circulation; on remarque ces dernières années une hausse notable : 59 décès en 1998, 45 en 1997, 55 en 1996 et 56 en 1995.

Les joueurs compulsifs et le suicide

Fait révélateur de l'importance du jeu dans notre société, 24 joueurs compulsifs, dont deux femmes, se sont suicidés cette année; ces personnes ont toutes souligné avoir des problèmes ou des dettes de jeu importants. Ce bilan est fort élevé si on le compare à ceux de 1998 et de 1997, qui étaient respectivement de 6 et de 8 suicides de joueurs compulsifs.

Il est à noter que plusieurs suicidés ont fait référence aux loteries vidéo ou au vidéopoker.

Toutefois, contrairement aux rumeurs, il n'y a jamais eu de suicide de commis dans l'un des trois casinos québécois ou dans l'un de leurs terrains de stationnement.

BILAN STATISTIQUE — 1998

La classification statistique des décès survenus au Québec en 1998 et ayant fait l'objet d'une investigation

Les tableaux qui suivent présentent une analyse des décès survenus au Québec en 1998 et qui ont fait l'objet d'une investigation. Dans certains cas, l'information a été tirée du rapport d'enquête aux fins de l'exercice. Cependant, et pour ne pas alourdir le texte inutilement, cette information ne sera pas distinguée de celle découlant des investigations.

L'information analysée provient donc des rapports terminés et déposés au Bureau du coroner. À titre indicatif, le lecteur doit prendre en considération que la présente section traite des décès **survenus** au cours de l'année 1998, alors que les tableaux 1.0 et 1.1 du présent rapport font état des décès **signalés** aux coroners (ce qui comprend ceux qui se sont produits avant 1998 et qui ont été portés à leur attention en 1998). Il est donc normal que les chiffres des tableaux 1.0 et 1.1 soient différents de ceux présentés ci-après.

En date du 10 mai 2000, 94 % des rapports de coroners portant sur des décès survenus en 1998 étaient terminés. Ce sont ces décès qui font l'objet des analyses suivantes. Fait à noter, la banque de données du Bureau du coroner est constamment mise à jour au fur et à mesure de la réception des rapports du coroner. Il n'y a donc pas de date de fermeture de la banque de données, comme c'est le cas pour d'autres banques ministérielles. Ainsi, les rapports manquants au moment de la rédaction de ce rapport annuel seront intégrés au bilan dès réception des rapports et les tableaux présentés dans les pages suivantes pourront être mis à jour ultérieurement.

Tableau 7.0
État des rapports d'investigation relatifs aux décès survenus en 1998

État des rapports au 10 mai 2000	Nombre	%
Terminés	3 892	94,0
Non terminés	247	6,0
Total[1]	**4 139**	**100,0**

1. Excluant les décès pour lesquels le coroner a seulement autorisé l'entrée d'un corps au Québec (19 fois en 1998) ou la sortie d'un corps du Québec (361 fois en 1998).

Le tableau 7.1 présente la répartition des décès selon leur classification. On remarque qu'à la suite de l'investigation du coroner 28,2 % des décès ont été classifiés comme étant de cause naturelle. Le fait qu'on trouve autant de décès naturels parmi les décès ayant fait l'objet d'une investigation du coroner est normal. En effet, il faut se rappeler que ces cas ont été signalés aux coroners parce que, au moment de l'avis, les circonstances étaient obscures ou parce que les causes médicales ne pouvaient être établies clairement par le médecin qui avait constaté le décès.

Les décès par traumatisme, aussi appelés décès violents, constituent la majorité (71 %) des cas sur lesquels les coroners ont mené une investigation. De fait, la Loi exige que tous les décès survenus au Québec à la suite d'un traumatisme soient signalés aux coroners. Ainsi, le Québec a enregistré 2764 décès attribuables à un traumatisme en 1998, ce qui représente un peu plus de 5 % de l'ensemble des décès au Québec.

Les décès par traumatisme se divisent en quatre grandes catégories : les accidents, les suicides, les homicides et les décès indéterminés.

Fait encourageant pour une deuxième année consécutive, on observe une baisse globale de la mortalité par traumatisme en 1998. Ce sont les décès accidentels qui ont diminué en 1998 par rapport à 1997.

Les homicides ne constituent que 3,1 % des décès traités par les coroners.

Tableau 7.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, 1998

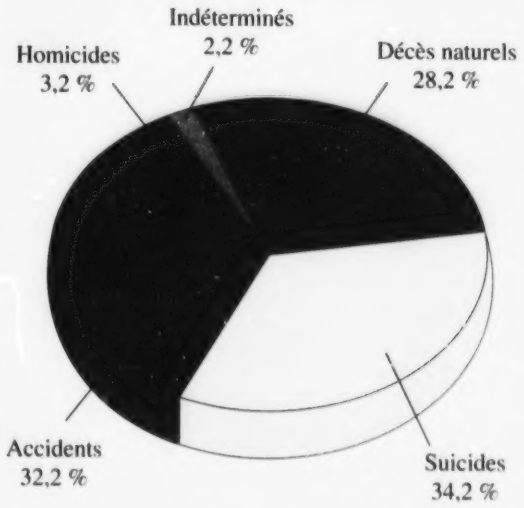
Catégorie de décès	Nombre	%
Naturel	**1 096**	**28,2**
Violent (par traumatisme)	**2 764**	**71,0**
— Accident	1 255	32,2
— Suicide	1 333	34,2
— Homicide	123	3,2
— Indéterminé[1]	53	1,4
Non classifié	**32**	**0,8**
Total	**3 892**	**100,0**

1. Décès consécutifs à un traumatisme, mais qui demeurent indéterminés quant à l'intention ou quant au type de violence.

Note : Exclusion des 247 décès dont les rapports ne sont pas terminés.

Figure 7.1

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès 1998



Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge

Enfin, au terme des investigations, 85 décès ont dû être classés indéterminés ou non classifiables, représentant 2 % de l'ensemble des décès.

Le tableau 8.0 présente la distribution de l'ensemble des décès ayant fait l'objet d'une investigation du coroner, selon la classification du décès, l'âge et le sexe.

Tableau 8.0

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge, Québec, 1998

	Décès																	
	Naturel			Accident			Homicide			Suicide			Indéterminé			Total		
	Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe		
Âge	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Moins de 1 an	16	24	40	2	5	7	0	2	2	0	0	0	0	4	4	18	35	53
1 à 4 ans	2	2	4	8	12	20	3	2	5	0	0	0	0	0	0	13	16	29
5 à 9 ans	2	4	6	4	12	16	0	4	4	0	0	0	0	0	0	6	20	26
10 à 14 ans	0	0	0	11	24	35	1	0	1	9	10	19	0	0	0	21	34	55
15 à 19 ans	2	6	8	31	78	109	1	4	5	29	68	97	0	5	5	63	161	224
20 à 24 ans	3	14	17	23	102	125	6	6	12	19	101	120	0	4	4	51	227	278
25 à 29 ans	4	10	14	20	61	81	4	7	11	22	99	121	0	7	7	50	184	234
30 à 34 ans	9	16	25	18	82	100	5	11	16	24	118	142	1	5	6	57	232	289
35 à 39 ans	12	41	53	22	70	92	4	14	18	39	127	166	5	5	10	82	257	339
40 à 44 ans	13	57	70	26	84	110	3	11	14	37	115	152	5	8	13	84	275	359
45 à 49 ans	20	83	103	18	67	85	0	6	6	29	112	141	3	8	11	70	276	346
50 à 54 ans	25	75	100	19	63	82	4	1	5	31	83	114	2	4	6	81	226	307
55 à 59 ans	32	91	123	18	45	63	2	4	6	18	66	84	3	3	6	73	209	282
60 à 64 ans	19	85	104	10	46	56	3	3	6	10	46	56	0	1	1	42	181	223
65 à 69 ans	34	99	133	21	49	70	0	2	2	14	22	36	3	7	10	72	179	251
70 à 74 ans	37	83	120	19	41	60	1	4	5	12	26	38	0	1	1	69	155	224
75 à 79 ans	29	53	82	22	34	56	2	0	2	5	25	30	0	1	1	58	113	171
80 à 84 ans	21	34	55	20	24	44	0	1	1	2	9	11	0	0	0	43	68	111
85 à 89 ans	18	12	30	14	14	28	0	1	1	1	3	4	0	0	0	33	30	63
90 à 94 ans	4	2	6	9	7	16	0	0	0	0	1	1	0	0	0	13	10	23
95 ans et plus	1	2	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	3	5
Total	**303**	**793**	**1 096**	**335**	**920**	**1255**	**40**	**83**	**123**	**301**	**1 032**	**1 333**	**22**	**63**	**85**	**1 001**	**2 891**	**3 892**

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès et la région administrative de l'événement

Le tableau 8.1 présente la répartition des décès qui ont fait l'objet d'une investigation par les coroners, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement mortel. Les décès ont donc été répartis en fonction des 16 régions administratives du Québec.

Outre les grandes catégories de décès apparaissant dans les tableaux précédents, le tableau 8.1 présente un niveau de classification supplémentaire relatif au type de décès. La présente nomenclature s'inspire de la classification internationale des maladies — 9e révision.

Les décès accidentels comprennent les accidents de transport routier, les autres types d'accidents de transport et les autres accidents. Les homicides et les suicides sont regroupés respectivement en fonction des moyens utilisés. On y trouve également une catégorie qui regroupe les décès indéterminés quant au type de traumatisme ainsi que les décès non classifiables. Finalement, une dernière catégorie permet de distinguer, parmi l'ensemble des décès naturels ayant fait l'objet d'une investigation, les décès consécutifs au syndrome de mort subite du nourrisson. À l'intérieur de chacune des grandes catégories, le lecteur remarquera que les causes de décès sont présentées en ordre décroissant de fréquence.

Tableau 8.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement, Québec, 1998

Catègorie de décès		Par région[1]																	
	Total	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
	Nombre																		
Accidents	**1 255**	**7**	**71**	**73**	**91**	**55**	**64**	**197**	**53**	**47**	**51**	**24**	**20**	**92**	**19**	**74**	**49**	**201**	**67**
Accident de transport routier	**696**	**5**	**44**	**51**	**44**	**30**	**37**	**70**	**31**	**31**	**17**	**10**	**15**	**68**	**9**	**45**	**25**	**113**	**51**
Véhicule à moteur, conducteur	313	1	19	17	18	12	18	20	17	12	7	3	6	31	6	23	13	58	32
Véhicule à moteur, passager	141	4	15	15	10	5	5	8	8	5	3	5	3	13	0	4	5	25	8
Piéton	105	0	3	11	7	4	7	32	4	3	0	1	1	6	2	7	2	11	4
Motocycliste	64	0	1	4	5	2	5	5	1	1	2	0	3	9	0	6	1	14	5
Motoneigiste	31	0	4	1	0	3	1	0	0	9	5	1	0	4	1	1	1	0	0
Cycliste	21	0	1	3	3	1	1	5	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	1
Utilisateur de 3-4 roues	18	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	2	4	0	2	2	2	1
Utilisateur de tracteur	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Autres accidents de transport	**52**	**0**	**10**	**2**	**1**	**3**	**0**	**2**	**3**	**1**	**11**	**5**	**0**	**0**	**2**	**7**	**2**	**3**	**0**
Transport par eau	30	0	10	2	0	1	0	1	3	1	4	4	0	0	0	3	1	0	0
Transport aérien	20	0	0	0	0	2	0	0	0	0	7	1	0	0	2	4	1	3	0
Transport ferroviaire	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tableau 8.1 *(suite)*

		Par région																	
	Total	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
	Nombre																		
Autres accidents	**507**	**2**	**17**	**20**	**46**	**22**	**27**	**125**	**19**	**15**	**23**	**9**	**5**	**24**	**8**	**22**	**22**	**85**	**16**
Chute	105	1	1	2	17	8	0	29	5	1	2	0	1	4	3	8	4	16	3
Intoxication	101	1	4	5	12	4	4	43	4	3	1	1	1	2	1	5	3	6	1
Noyade	70	0	3	2	5	2	9	13	5	3	7	1	1	1	0	2	6	8	2
Accident provoqué par le feu	64	0	2	2	3	2	5	15	0	0	1	1	0	1	2	3	5	18	4
Strangulation et suffocation	56	0	3	4	3	5	1	8	3	3	1	1	0	3	2	1	0	16	2
Accidents de machines	28	0	1	3	1	0	1	2	0	1	5	0	0	8	0	1	1	3	1
Agent physique naturel	24	0	2	0	3	0	0	3	1	0	2	2	1	3	0	1	0	4	2
Choc accidentel	20	0	0	0	0	0	3	2	0	3	2	2	0	1	0	0	3	3	1
Explosion	12	0	0	0	0	1	1	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0
Électrocution	8	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Accident médical	4	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arme à feu	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Autres - accidents	11	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	3	0
Suicides	**1333**	**3**	**56**	**54**	**156**	**62**	**56**	**254**	**67**	**37**	**24**	**11**	**12**	**107**	**32**	**81**	**89**	**181**	**51**
Pendaison et strangulation	607	0	20	24	73	30	27	98	28	16	15	5	4	54	15	44	43	80	31
Arme à feu	277	1	20	19	26	8	10	31	16	11	5	6	5	27	6	19	26	32	9
Intoxication	261	0	8	4	36	14	17	58	18	5	3	0	2	14	7	16	14	38	7
Chute	55	0	0	4	5	6	2	23	2	1	1	0	0	1	0	0	2	8	0
Noyade	53	0	3	2	10	2	0	13	2	3	0	0	0	4	3	0	0	10	1
Moyen de transport	34	0	4	1	3	0	0	15	0	0	0	0	1	3	0	1	1	4	1
Arme blanche	12	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1
Suffocation	12	0	1	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0
Par le feu	11	1	0	0	1	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Autres - suicides	11	1	0	0	1	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Homicides	**123**	**0**	**1**	**2**	**13**	**1**	**5**	**40**	**3**	**5**	**1**	**3**	**3**	**5**	**4**	**8**	**8**	**21**	**0**
Arme à feu	58	0	1	1	8	0	1	16	2	3	0	2	1	2	3	4	3	11	0
Objet tranchant	31	0	0	0	1	1	3	12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	6	0
Objet contondant	14	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	1	1	1	0	2	2	1	0
Pendaison et strangulation	10	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0
Bagarre	4	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Autres - homicides	6	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Décès naturels	**1096**	**3**	**42**	**35**	**114**	**110**	**21**	**236**	**103**	**42**	**32**	**13**	**13**	**65**	**18**	**33**	**52**	**137**	**27**
Décès subit du nourrisson	28	0	1	1	0	4	1	3	0	1	1	5	0	1	0	1	1	8	0
Autres décès naturels	1068	3	41	34	114	106	20	233	103	41	31	8	13	64	18	32	51	129	27
Indéterminés	**85**	**1**	**1**	**4**	**8**	**2**	**1**	**39**	**2**	**1**	**0**	**0**	**2**	**7**	**1**	**10**	**1**	**3**	**2**
Décès par traumatisme	53	1	0	3	6	2	1	22	0	1	0	0	2	3	1	6	0	3	2
Décès non-classifiés	32	0	1	1	2	0	0	17	2	0	0	0	0	4	0	4	1	0	0
Total	**3892**	**14**	**171**	**168**	**382**	**230**	**147**	**766**	**228**	**132**	**108**	**51**	**50**	**276**	**74**	**206**	**199**	**543**	**147**

1. Régions : 01-Bas-Saint-Laurent; 02-Saguenay; 03-Capitale-Nationale; 04-Mauricie; 05-Estrie; 06-Montréal; 07-Outaouais; 08-Abitibi-Témiscamingue; 09-Côte-Nord; 10-Nord-du-Québec; 11-Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; 12-Chaudière-Appalaches; 13-Laval; 14-Lanaudière; 15-Laurentides; 16-Montérégie; 17-Centre-du-Québec.

2. Décès constatés au Québec, mais où l'événement violent s'est produit à l'extérieur du Québec.

Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge

Les accidents de transport routier survenus sur la voie publique et en dehors de celle-ci (tableau 8.2) ont causé 696 décès en 1998. Il s'agit d'une réduction de plus de 10 % des décès par rapport à l'année précédente. On note une baisse appréciable des décès chez les conducteurs et les passagers de véhicules motorisés (automobiles, camions et autobus confondus) et chez les cyclistes. De même, on observe une légère réduction des décès chez les piétons. Par ailleurs, on note une hausse notable des décès chez les motocyclistes (42 %). Les hommes représentent à eux seuls 69,7 % des victimes et, plus d'une fois sur trois, la victime a entre 20 et 39 ans.

Les conducteurs de véhicules motorisés (automobiles, camions et autobus) représentent 45 % de toutes les personnes décédées à la suite d'un accident de transport routier, suivis par les passagers (20,3 %), les piétons (15,1 %), les motocyclistes (9,2 %), les motoneigistes (4,5 %), les cyclistes (3 %), et les utilisateurs de véhicules tout terrain (2,6 %).

Tableau 8.2
Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge, 1998

	ÂGE																				
	14 ans et moins			15-19 ans			20-39 ans			40-59 ans			60-79 ans			80 ans et plus			Total		
	SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Type de victime	Nombre																				
Véhicule à moteur, conducteur	0	0	0	10	24	34	38	94	132	23	57	80	10	47	57	2	8	10	83	230	313
Véhicule à moteur, passager	12	7	19	9	10	19	12	28	40	18	7	25	20	6	26	11	1	12	82	59	141
Piéton	4	11	15	5	4	9	4	14	18	1	15	16	12	16	28	10	9	19	36	69	105
Motocycliste	0	1	1	0	6	6	2	40	42	2	13	15	0	0	0	0	0	0	4	60	64
Motoneigiste	2	1	3	2	4	6	0	10	10	0	10	10	0	2	2	0	0	0	4	27	31
Cycliste	2	5	7	0	3	3	0	1	1	0	5	5	0	5	5	0	0	0	2	19	21
Utilisateur de véhicule tout-terrain	0	1	1	0	4	4	0	5	5	0	5	5	0	2	2	0	1	1	0	18	18
Utilisateur de tracteur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	3	3
Total	**20**	**26**	**46**	**26**	**55**	**81**	**56**	**192**	**248**	**44**	**114**	**158**	**42**	**79**	**121**	**23**	**19**	**42**	**211**	**485**	**696**

Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé

Le nombre de suicides survenus en 1998, est similaire à celui observé en 1997 (1333 c.1332). Le suicide est un phénomène extrêmement préoccupant qui touche particulièrement les hommes et concerne tous les groupes d'âge.

Parmi tous les suicides survenus en 1998, 45,5 % des victimes ont eu recours à la pendaison. L'arme à feu vient au second rang (20,8 %), suivie de l'intoxication (19,6 %).

Si l'on tient compte du sexe, la pendaison est le moyen le plus utilisé à la fois par les hommes et par les femmes. Par contre, l'arme à feu occupe le deuxième rang chez les hommes, tandis que c'est l'intoxication qui est choisie par les femmes en second lieu.

Tableau 8.3
Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé, Québec, 1998

	ÂGE																	
	19 ans et moins			20-39 ans			40-59 ans			60-79 ans			80 ans et plus			Total		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Moyen utilisé	Nombre																	
Pendaison et strangulation	27	46	73	48	242	290	37	154	191	10	39	49	0	4	4	122	485	607
Arme à feu	6	16	22	14	89	103	9	96	105	1	43	44	0	3	3	30	247	277
Intoxication	1	8	9	29	67	96	37	83	120	14	20	34	0	2	2	81	180	261
Oxyde de carbone	0	7	7	3	35	38	9	44	53	2	9	11	0	1	1	14	96	110
Médicament(s)	1	0	1	19	12	31	16	21	37	6	3	9	0	0	0	42	36	78
Produit(s) chimique(s)	0	0	0	1	3	4	1	1	2	1	2	3	0	0	0	3	6	9
Drogue(s)	0	0	0	2	5	7	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	7	9
Mixtes	0	1	1	4	12	16	11	15	26	5	6	11	0	1	1	20	35	55
Chute	2	4	6	5	20	25	6	10	16	3	5	8	0	0	0	16	39	55
Noyade	1	1	2	0	8	8	9	12	21	6	10	16	2	4	6	18	35	53
Moyen de transport	1	3	4	5	8	13	5	8	13	4	0	4	0	0	0	15	19	34
Arme blanche	0	0	0	2	3	5	2	4	6	0	1	1	0	0	0	4	8	12
Suffocation	0	0	0	0	2	2	7	1	8	1	1	2	0	0	0	8	4	12
Par le feu	0	0	0	0	4	4	1	3	4	1	0	1	1	1	2	3	8	11
Autres - suicides	0	0	0	1	2	3	2	5	7	1	0	1	0	0	0	4	7	11
Total	**38**	**78**	**116**	**104**	**445**	**549**	**115**	**376**	**491**	**41**	**119**	**160**	**3**	**14**	**17**	**301**	**1 032**	**1 333**

Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail

En 1998, 95 décès consécutifs à des accidents de travail ont été signalés aux coroners.

Nous classons dans cette catégorie les décès de travailleurs à la suite d'un événement violent survenu sur les lieux de leur travail ou lors d'un accident de la route entre deux points du travail.

Par ordre d'importance, ce sont les accidents de la route (28,4 %) et les machines (20 %) qui entraînent le plus souvent la mort des travailleurs.

Tableau 8.4
Répartition des accidents de travail, Québec, 1998

Catégorie de décès	Nombre
Accident de la circulation	27
Accident avec machines	19
— de levage (appareil)	6
— forestière	4
— de terrassement	2
— pour travailler le bois	2
— minière	1
— pour travailler les métaux	1
— autres	3
Choc accidentel	12
Chute	9
Explosion	9
Électrocution	5
Transport par eau	5
Accident provoqué par le feu	4
Intoxication	3
Noyade	1
Autres - accidents	1
Total	**95**